Rok XXXIX. Kraków, 24 Listopada 1900. Nr. 47.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

**I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.**

## O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

**Dr. Edmund Kowalski**

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka“ we Lwowie.

Kąpiele gazowe naturalne, o ciepłocie 31 — 32·5° C, (Nauheim) cieszą się, jak powszechnie wiadomo, wielką wziętością w leczeniu schorzeń narządu krążenia, i nie bez słuszności, bo widzimy po ich użyciu bardzo często wyniki nader pomyślne.

Ponieważ jednak spostrzeżenia dotychczasowe co do ich działania na narząd krążenia różnią się między sobą i to zasadniczo (Gräupner, Schott, Hensen), a za jeden z głównych czynników, wywierających wpływ, obok składników mineralnych uważa się bezwodnik węglowy, nadto ponieważ wobec różnych wyników odnośnych doświadczeń nie możemy mieć pewnych wskazówek co do stosowania gazowych kąpieli jako środka leczniczego, przeto zadaniem niniejszej pracy będzie, po pierwsze: wykazać, czy kąpiele gazowe wywołują zmiany i jakie, a jeśli wywołują, od czego one głównie zależą; powtóre: uzyskać możność wysnucia z otrzymanych danych wniosków stałych i wskazań leczniczych.

By jednemu i drugiemu założeniu zadość uczynić, obrałem drogę doświadczalno-porównawczą, mianowicie starałem się w pierwszym rzędzie wykazać, jak się zachowuje czynność serca i ciśnienie krwi przy narządzie krążenia prawidłowym, a następnie, przy chorobowo zmienionym, pod wpływem bodźców termicznych o różnem nasileniu, w postaci kąpieli zwykłych i kąpieli gazowych.

W tym celu stosowałem najprzód u osobników zdrowych, tj. z narządem krążenia prawidłowym, kąpiele zwykłe o różnej ciepłocie, począwszy od 18° C, a skończywszy na 41° C, i oznaczałem po unieruchomieniu odpowiedniem kończyny górnej i przy zachowaniu możliwych ostrożności tętno sprychowe przyrządem Dudgeona przed kąpielą, wśród kąpieli, przeciętnie co 5—10 minut, wreszcie po kąpieli, również w podobnych odstępach czasu, przez przeciąg 60 minut, a równocześnie za każdem prawie zdjęciem tętna oznaczałem ciśnienie krwi w tętnicy sprychowej kończyny drugiej sfigmomanometrem Bascha.

Następnie u takich samych osób, tj. także zdrowych, stosowałem kąpiele gazowe o ciepłocie 30, 32, 33, 36 i 39° C, zdejmując obrazy sfigmograficzne i oznaczając ciśnienie krwi w równych warunkach i odstępach czasu, jak wyżej.

Po przeprowadzeniu tych dwóch szeregów doświadczeń, stosowałem u osobników chorych, tj. ze zmianami w narządzie krążenia, kąpiele gazowe o ciepłocie 31, 31·5, 32, 32·5, 36 i 37° C, oznaczając również ilość i jakość tętna, oraz ciśnienie krwi, zwracając uwagę prócz tego na zachowanie się czynności oddechania i ilości dziennej wydzielanego moczu.

Zestawienie wyników doświadczeń szeregu pierwszego i drugiego da nam możność porównania, względnie wykazania różnicy w działaniu kąpieli zwykłych, a kąpieli gazowych w ogólności, a tem samem rozstrzygnie, od czego działanie to zależy; zestawienie wyników doświadczeń szeregu trzeciego z obu powyższymi da nam możność porównania, względnie wykazania różnicy w działaniu kąpieli na narząd krążenia prawidłowy, a chorobowo zmieniony; wreszcie zestawienie wyników wszystkich trzech szeregów doświadczeń upoważni nas do poczynienia pewnych wniosków co do wskazań leczniczych.

W czasie wszystkich doświadczeń pozostawał każdy badany tak przed, wśród, jak i po kąpieli w jednem i tem samem położeniu, tj. siedząc z wyciągniętemi poziomo kończynami dolnemi, nie wykonując przytem prawie żadnych ruchów dowolnych.

Do sporządzenia kąpieli gazowych używałem przetworu z fabryki Dra Ernesta Sandowa z Hamburga. Jest to ze wszystkich, znanych mi przetworów, najlepszy; bezwodnik węglowy wywiązuje się nadzwyczaj obficie i jednostajnie, przeciętnie przez przeciąg 30—35 minut.

*A)* Kąpiele zwykłe i gazowe, stósowane u osobników zdrowych, tj. z narządem krążenia prawidłowym.

*a)* Kąpiele zwykłe.

*Kąpiel na 18° C przez 3 minuty.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 100 | 130 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 1 min. | 88 | — » |
| po 3 min. | 86 | 170 » |
| po kąpieli | | |
| po 10 min. | 82 | 170 » |
| po 25 min. | 82 | 160 » |
| po 35 min. | 82 | 160 » |

*Kąpiel na 25° C przez 8 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 82 | 130 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 4 min. | 68 | 160 » |
| po 8 min. | 68 | 160 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 72 | 160 » |
| po 15 min. | 72 | 160 » |
| po 30 min. | 72 | 140 » |
| po 45 min. | 80 | 140 » |

*Kąpiel na 28° C przez 5 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 60 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 52 | 170 » |

*Kąpiel na 30° C przez 10 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 80 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 2 min. | 68 | — » |

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 52 | 170 » |
| po 15 min. | 56 | 160 » |
| po 30 min. | 57 | 160 » |
| po 60 min. | 58 | 150—160 » |

*Kąpiel na 32° przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 86 | 130 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 80 | 140 » |
| po 15 min. | 78 | 150 Mm. |
| po 25 min. | 76 | 150 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 76 | 150 » |
| po 15 min. | 78 | 150 » |

*Kąpiel na 32° C przez 10 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 60 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 57 | 150 » |
| po 10 min. | 56 | 150 » |
| o kąpieli | | |
| po 5 min. | 58 | 160 » |
| po 10 min. | 58 | 160 » |
| po 30 min. | 60 | 150 » |

*Kąpiel na 34° C przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 72 | 130 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 74 | 120—130 » |
| po 15 min. | 74 | 120—130 » |
| po 25 min. | 74 | 120—130 » |
| o kąpieli | | |
| po 5 min. | 72 | 130 » |
| po 15 min. | 72 | — » |
| po 25 min. | 72 | 130 » |
| po 45 min. | 72 | — » |
| po 60 min. | 72 | 130 » |

*Kąpiel na 36° C przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 74 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 78 | 130 Mm. |
| po 15 min. | 84 | 130 » |
| po 25 min. | 78 | 130 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 76 | 130 » |
| po 15 min. | 76 | — » |
| po 25 min. | 76 | 130 » |
| po 35 min. | 74 | — » |
| po 45 miu. | 74 | — » |
| po 60 min. | 74 | 130 » |

*Kąpiel na 39° C przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 68 | 140—150 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 78 | 130 » |
| po 15 min. | 92 | 120 » |
| po 25 min. | 92 | 120 » |

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| po 5 min. | 72 | 160—165 » |
| po 10 min. | 72 | 160 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 72 | 160 » |
| po 15 min. | 72 | 160 » |
| po 30 min. | 72 | 160 » |

*Kąpiel na 32° przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 76 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 70 | 150 » |
| po 15 min. | 68 | 150—160 » |
| po 25 min. | 66 | 150—160 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 72 | 150 » |
| po 25 min. | 72 | 150 » |

*Kąpiele na 33°C przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 68 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 64 | 150 » |
| po 10 min. | 60 | 160 » |
| po 25 min. | 60 | 160 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 60 | 160 » |
| po 25 min. | 62 | 150 » |

*Kąpiel na 34° C przez 15 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 60 | 130 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 58 | 130 » |
| po 15 min. | 56 | 130 » |
| po kąpieli | | |
| po 10 min. | 60 | 130 » |
| po 30 min. | 60 | 130 » |
| po 60 min. | 60 | 130 » |

*Kąpiel na 36° przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 70 | 140 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 76 | 130 » |
| po 15 min. | 78 | 120 » |
| po 25 min. | 78 | 120 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 74 | 130 » |
| po 20 min. | 72 | 140 » |
| po 30 min. | 72 | — » |
| po 60 min. | 72 | 140 » |

*Kąpiel na 39° C przez 25 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 58 | 160 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 5 min. | 60 | 140 » |
| po 15 min. | 68 | 120 » |
| po 25 min. | 70 | 110—115 „ |

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 72 | 130 » |
| po 15 min. | 72 | — » |
| po 25 min. | 72 | 130 » |
| po 35 min. | 72 | — » |
| po 45 min. | 72 | 130 » |
| po 60 min. | 72 | 130 » |

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| po kąpieli | | |
| po 8 min. | 64 | 130 » |
| po 20 min. | 62 | 140 » |
| po 45 min. | 62 | 140 » |
| po 60 min. | 60 | 150 » |

*Kąpiel na 41° C przez 15 minut.*

| | liczba tętna | ciśnienie krwi |
|---|---|---|
| Przed kąpielą | 72 | 150 Mm. |
| w kąpieli | | |
| po 3 min. | 84 | 130 » |
| po 8 min. | 112 | 110 » |
| po 15 min. | 112 | 110 » |
| po kąpieli | | |
| po 5 min. | 96 | 120 » |
| po 15 min. | 84 | — » |
| po 25 min. | 80 | 130 » |
| po 45 min. | 80 | — » |
| po 60 min. | 78 | 130 » |

Przypatrzywszy się otrzymanym wynikom, zauważyć możemy, że tak liczba tętna, jak i ciśnienie krwi, ulega pewnym zmianom pod wpływem przytoczonych zabiegów termicznych: raz liczba uderzeń serca zmniejsza się, drugi raz się zwiększa, ciśnienie się podwyższa, to znów obniża i to tak w czasie trwania kąpieli, jak i po jej zaprzestaniu.

Zebrawszy dla jaśniejszego przeglądu ilości maksymalne zwolnienia, względnie przyśpieszenia tętna, podwyższenia, względnie obniżenia ciśnienia krwi przy poszczególnych kąpielach i oznaczywszy przez (+) maksymalne zwiększenie się liczby tętna i maksymalne podwyższenie się ciśnienia, a przez (—) maksymalne zmniejszenie się liczby tętna i maksymalne obniżenie się ciśnienia krwi, otrzymamy następujące zestawienia:

*Kąpiel na 18° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | —14 | +40 Mm. |
| po kąpieli . | —18 | +40 » |

*Kąpiel na 28° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | — 8 | +30 Mm. |
| po kąpieli . | — 8 | +30 » |

*Kąpiel na 32° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | —10 | +20 Mm. |
| po kąpieli . | —10 | +20 » |

*Kąpiel na 32° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | — 4 | +10 Mm. |
| po kąpieli . | — 2 | +20 » |

*Kąpiel na 34° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | + 2 | — Mm. |
| po kąpieli . | — | — » |

*Kąpiel na 36° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | +10 | —10 Mm. |
| po kąpieli . | + 2 | —10 » |

*Kąpiel na 25° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | —14 | +30 Mm. |
| po kąpieli . | —10 | +30 » |

*Kąpiel na 30° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | —12 | +20, 25 |
| po kąpieli . | — 8 | +20 Mm. |

*Kąpiel na 32° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | —10 | +20 Mm. |
| po kąpieli . | — 4 | +10 » |

*Kąpiel na 33° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | — 8 | +20 Mm. |
| po kąpieli . | — 8 | +20 » |

*Kąpiel na 34° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | — 2 | — Mm. |
| po kąpieli . | — | — » |

*Kąpiel na 36° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | + 8 | —20 Mm. |
| po kąpieli . | + 4 | —10 » |

*Kąpiel na 39° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | +24 | —30 Mm. |
| po kąpieli . | + 4 | —10,20 » |

*Kąpiel na 39° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | +12 | —35 Mm. |
| po kąpieli . | + 6 | — 30 » |

*Kąpiele na 41° C.*

| | | |
|---|---|---|
| W kąpieli . . | +40 | —40 Mm. |
| po kąpieli . | +24 | —30 » |

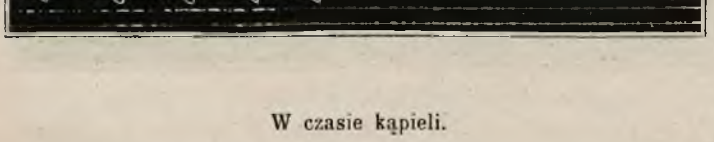
Z powyższych zestawień widzimy, że liczba tętna i zachowanie się ciśnienia krwi tak wśród, jak i po kąpieli ulega pewnym i to nieraz znacznym wahaniom. Wahania te uwidoczniają się w dwóch kierunkach: raz występuje zwolnienie ruchów serca przy równoczesnem podniesieniu się ciśnienia krwi; drugi raz — przyspieszenie ruchów serca przy równoczesnem obniżeniu ciśnienia krwi. Wahania te w jednym i drugim kierunku zależą od ciepłoty użytej wody; poniżej 34°C mamy stale zwolnienia ruchów serca i podniesienia się ci nienia, — powyżej zaś 34°C przyspieszenie ruchów serca i obniżenie się ciśnienia Ciepłota około 34°C stanowi niejako punkt środkowy, do pewnego stopnia obojętny, podczas gdy tak niższa, jak i wyższa, zachowuje się wobec ustroju czynnie.

Działanie to jednak, jak widzimy, nie jest równomierne, czyli równe co do nasilenia, lecz zależy znów od względnie wyższego, lub względnie niższego stopnia ciepłoty. Kąpiele poniżej 34° C wywołują tem znaczniejsze zmiany w pierwszym kierunku, im zimniejszej użyjemy wody, przeciwnie kąpiele powyżej 34°C tem znaczniejsze w drugim kierunku, im woda będzie cieplejsza.

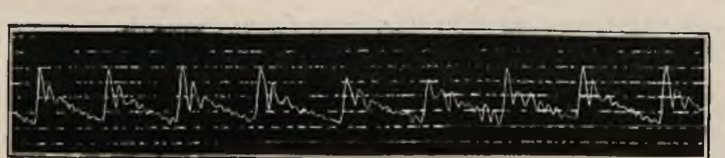
Jeżeli się przypatrzymy załączonym obrazom sfigmograficznym, uderzą nas, obok zmian w częstości tętna, zmiany w jego jakości. Krzywe, zdjęte w czasie kąpieli i po kąpieli, różnią się kształtem od krzywych, zdjętych przed kąpielą. Tak, na krzywych zdjętych wśród i po kąpieli o ciepłocie 18, 25, 30, 32°C widzimy na ramieniu zstępującem silnie i wybitnie występujące wyniosłości, odpowiadające falom drugorzędnym, przy równoczesnem wyraźnem zwiększeniu się wysokości fali tętna, szczególnie przy ciepłocie 30 i 32°C; — na krzywych zdjętych wśród i po kąpieli o ciepłocie 36, 39 i 41°C nie tylko nie spostrzegamy świeżych wspomnianych wyniosłości, ale i owszem zanik, istniejących już przed kąpielą, czyli widzimy brak owych fal drugorzędnych, a tylko

*Kąpiel na 18° C.*

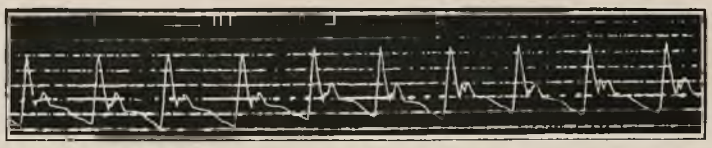
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.

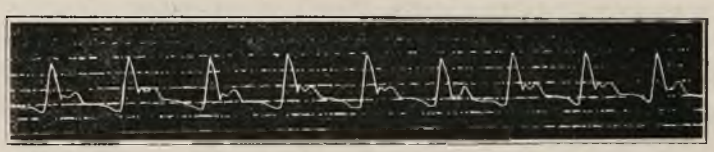


Po kąpieli.

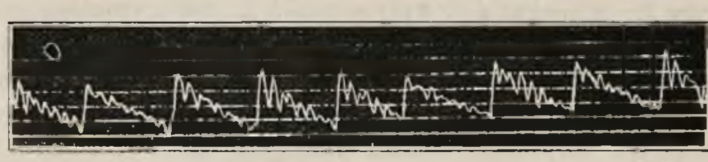


*Kąpiel na 25° C.*

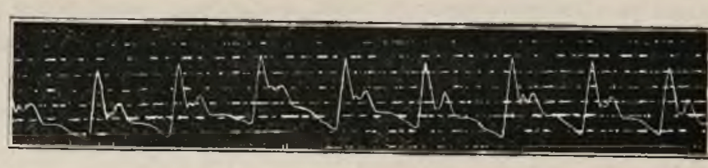
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

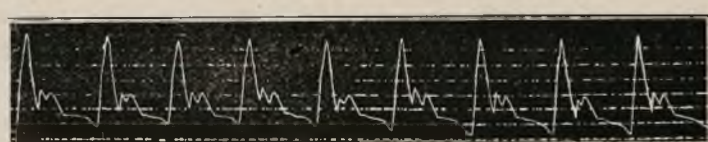


*Kąpiel na 30° C.*

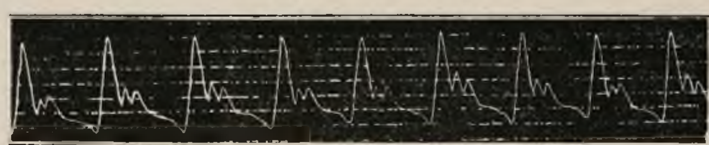
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



wyraźnie zaznaczoną falę dwubitną, jak również lekkie zmniejszenie się wysokości fali tętna; — na krzywych zaś, zdjętych wśród i po kąpieli o ciepłocie 34°C, różnic w tym względzie nie spostrzegamy prawie żadnych.

Zatem zmiany te tętna, podobnie jak szybkość skurczów serca i zachowanie się ciśnienia krwi, zależą od ciepłoty wody. Ciepłota około 34°C stanowi granicę prawie oboję-

tną, poniżej zaś i powyżej 34° C wpływa dodatnio, wywołując zmiany wręcz przeciwne, które znów między sobą różnią się tylko ilościowo, tj. są tem wybitniejsze w jednym lub drugim kierunku, im zimniejszej, względnie cieplejszej, użyliśmy wody.

Fale drugorzędne zależą, jak wiadomo, od drgania ścian naczyń i są tem wyraźniejsze, im ściany więcej są napięte i na odwrót. Wzmożone napięcie ścian może być wynikiem zmian patologicznych w samych ścianach naczyń (miażdżyca), lub zwiększonej przeszkody w krążeniu skutkiem zboczeń w narządach wewnętrznych ustroju; zmniejszone zaś napięcie skutkiem np. osłabienia ustroju przez choroby zakaźne, utratę krwi itp., — czyli, że tak w jednym, jak drugim przypadku przyczyną zmian w sprężystości ścian naczyń są czynniki patologiczne.

W doświadczeniach naszych fale drugorzędne pod wpływem kąpieli poniżej 34° C się zwiększają, czyli napięcie ścian się wzmaga; pod wpływem zaś kąpieli o ciepłocie powyżej 34° C fale te zanikają, czyli napięcie się zmniejsza; ustrój osobnika, użytego do doświadczenia, nie zmienił się, musimy przeto przyczyny tego zjawiska szukać nie we wspomnianych stałych zboczeniach patologicznych, lecz w stanach naczyń doraźnych, chwilowych, a to wywołanych zadrażnieniem obwodowem nerwów naczynio-ruchowych. Zadrażnienie zatem powłok zewnętrznych wodą o ciepłocie poniżej 34° C wzmaga drogą nerwów naczynio-ruchowych napięcie ścian naczyń krwionośnych, czyli czyni tętno twardszem, zadrażnienie zaś wodą o ciepłocie powyżej 34° C zmniejsza napięcie ścian, czyli czyni tętno miększem. Oprócz zmian w występowaniu fal drugorzędnych, widzimy, jak wspomniałem, zmiany w wysokości fali tętna. Pod wpływem kąpieli o ciepłocie poniżej 34° C wysokość fali się zwiększa, pod wpływem kąpieli o ciepłocie powyżej 34° C nieco się zmniejsza. Od czegóż mogą zależeć owe wahania w wysokości fali tętna?

Pachon[1]) robiąc doświadczenia nad zachowaniem się tętna na przyrządzie, naśladującym narząd krążenia, a podobnym do przyrządu Webera, przyszedł do następujących wyników: ile razy siłę skurczów gruszki elastycznej, odpowiadającej sercu, wzmagał, zwiększała się wysokość fali tętna w rurach, odpowiadających tętnicom, pomimo równoczesnego podniesienia w nich ciśnienia ościennego i na odwrót: ile razy siłę skurczów gruszki zmniejszał, malała szybkość fali w rurach, pomimo równoczesnego obniżenia w nich ciśnienia; czyli, że w pierwszym razie pomimo zwiększenia się oporu w tętnicach wysokość fali wzmagała się, w drugim pomimo zmniejszenia się oporu — obniżała, a zależało to od zwiększonej, lub zmniejszonej siły środkowej, czyli siły serca.

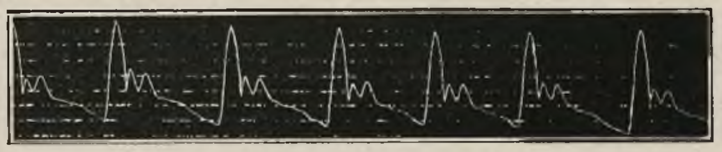
Wnioski zaś swoje w tym względzie formułuje on w ten sposób: wysokość fali tętna zwiększa się we wszystkich tych przypadkach, gdzie siła środkowa, popędowa, bierze przewagę nad równoczesnym wzrostem napięcia tętniczego i na odwrót: wysokość fali tętna maleje we wszystkich tych przypadkach, gdzie siła popędowa do tego stopnia się zmniejsza, iż ujemny jej w tym kierunku wpływ bierze górę nad dodatniem działaniem obniżonego równocześnie napięcia tętni-

[1]) V. Pachon. Des rapports de la force et de la forme du pouls avec la tension du coeur et son influence sur le dicrotisme. — (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, Nr. 16—15, Novembre 1899).

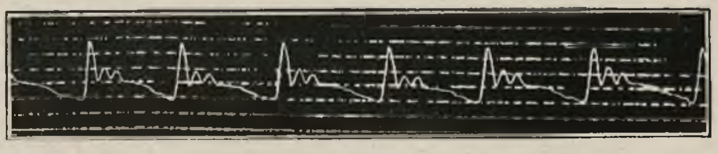
*Kąpiel na 32° C.*
Przed kąpielą.



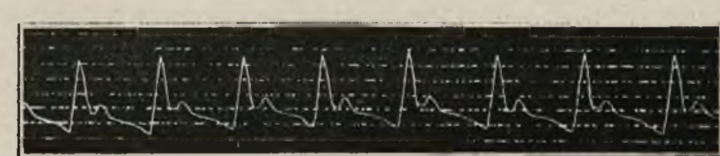
W czasie kąpieli.



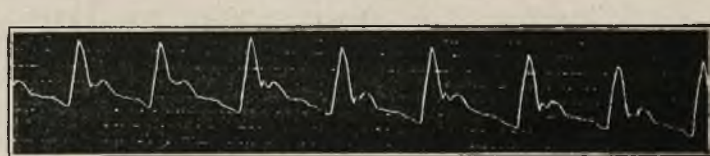
Po kąpieli.



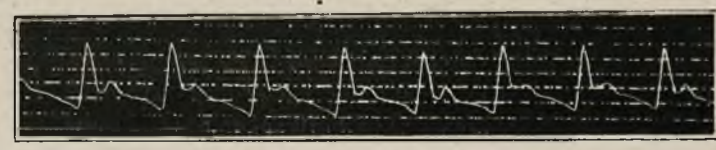
*Kąpiel na 34° C.*
Przed kąpielą.



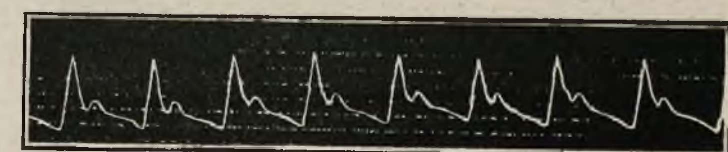
W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



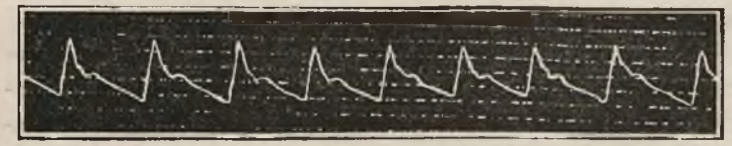
*Kąpiel na 36° C.*
Przed kąpielą.



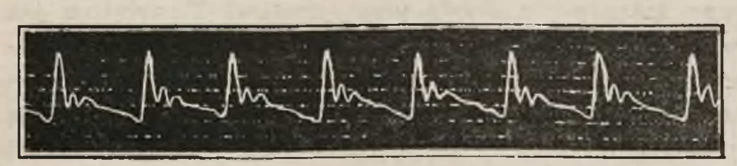
W czasie kąpieli.



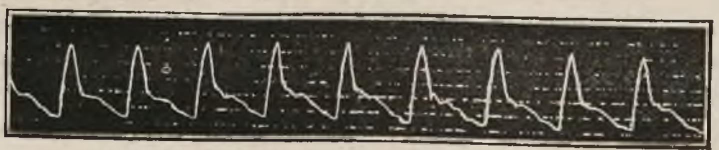
Po kąpieli.



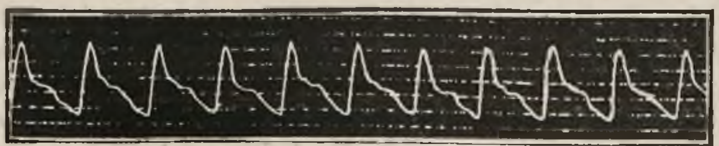
*Kąpiel na 39° C.*
Przed kąpielą.



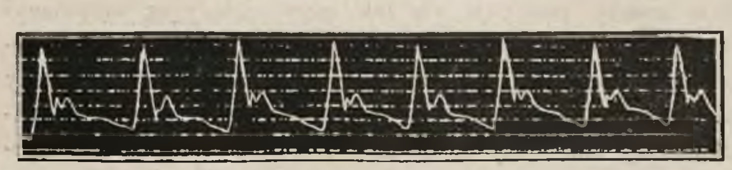
W czasie kąpieli.



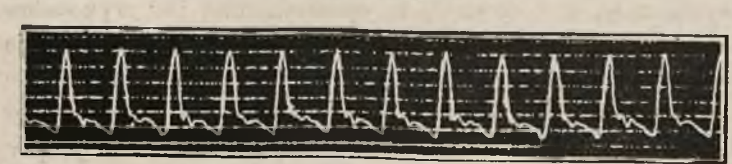
Po kąpieli.



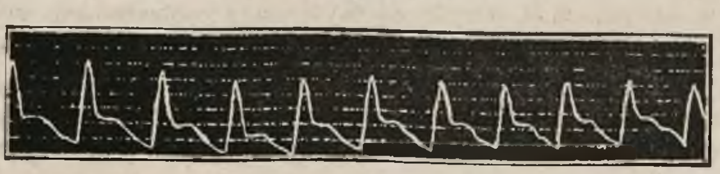
*Kąpiel na 41° C.*
Przed kąpielą.



Wczasie kąpieli.



Po kąpieli.



czego; — czyli, że każdorazowa wysokość fali jest wypadkową działania głównie dwóch tych czynników antagonistycznych, i odpowiada czynnikowi temu, który w danej chwili ma przewagę.

Zupełnie analogiczny obraz przedstawiają wyniki, otrzymane z naszych doświadczeń. I tu pomimo zwiększonego napięcia tętniczego mamy pod wpływem nizkiej ciepłoty wysoką falę; pomimo zaś zmniejszenia się napięcia pod wpływem wysokiej ciepłoty nieco niższą falę. Ponieważ wysokość fali tętna jest wypadkową działania głównie dwóch czynników, t. j. napięcia tętniczego i siły popędowej, czyli siły skurczów serca, przeto, skoro jeden z nich, tj. napięcie tętnicze, uległ zmianie, musiał i drugi czynnik, tj. energia serca, również zmienić swe nasilenie i to o tyle, by módz wziąść przewagę nad czynnikiem pierwszym — czyli, że działanie nizkiej ciepłoty musi obok zwolnienia ruchów serca wzmagać siłę jego skurczów, zadziałanie zaś wysokiej ciepłoty obok przyspieszenia ruchów serca siłę jego skurczów osłabiać.

Bodźce zatem termiczne działają w trzech kierunkach na narząd krążenia, t. j. zmieniają szybkość ruchów serca, zmnieniają nasilenie skurczów i rozkurczów, zmieniają wreszcie napięcie tętnicze i to bodźce o nizkiej ciepłocie zwalniają ruchy serca, wzmagają nasilenie mięśnia sercowego i zwiększają napięcie tętnicze; bodźce o wysokiej ciepłocie przyspieszają ruchy serca, osłabiają siłę mięśnia sercowego i zmniejszają napięcie tętnicze.

Pod wpływem zatem zabiegów o nizkiej ciepłocie, praca serca odbywa się w wolniejszem tempie, ale zato ze wzmożoną energią; skurcze i rozkurcze są powolniejsze, ale silniejsze i dokładniejsze, skutkiem tego podczas dłużej trwającego i zupełnego rozkurczu, więcej dostaje się krwi do serca, przy następowym silniejszym i dokładnym skurczu również większa jej ilość odpływa do ogólnego obiegu; oprócz tego ciśnienie w układzie tętniczym się podnosi, a w żylnym następowo opada, krew żylna, jak również limfa, co już wykazałem [1]), daleko szybciej i obficiej odpływa, wogóle całe krążenie się wzmaga i ożywia.

Pod wpływem zabiegów o wysokiej ciepłocie obok przyspieszonych ruchów serca zmniejsza się i jego energia, skutkiem tego pojedyncze skurcze i rozkurcze są mniej dokładne, mniej krwi dostaje się do serca z krążenia żylnego, mniej też ztąd do tętnic odpływa, oprócz tego występuje obniżenie się ciśnienia w układzie tętniczym, a następowe wzmożenie w układzie żylnym, przypływ limfy się zwalnia, wogóle całe krążenie staje się mniej ożywione.

Przejdźmy teraz do kąpieli gazowych i przypatrzmy się ich działaniu. (C. d. n.)

## II. O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych.

Podał
**Dr. Aleksander Rosner**
Doc. Uniw. Jagiell., profesor szkoły położnych.

(Dokończenie).

Jeśli teraz zmienimy punkt widzenia i zapytamy się, czy ze stanowiska teoretycznego, powiedzmy ze stanowiska ogólnej chirurgii, da się usprawiedliwić używanie i królowanie tej metody, odpowiedź brzmieć będzie, zdaniem mojem, tak samo przecząco. Podwiązywanie *en masse* szypuły porównać można z okłóciem krwawiącego miejsca; w jednym i w drugim przypadku omijamy podwiązywanie poszczególnych, krwawiących naczyń. Ogólna chirurgia uczy nas tymczasem, że okłówać należy wtedy, kiedy podwiązanie krwa-

[1]) E. Kowalski. O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynio-ruchowych limfat. (*Przegl. lek.* 1899 Nr 17 i 18).

wiącego naczynia wykonać się nie da. Powołać się w tym względzie mogę na powagę Billrotha [33]), który w niezrównanym swoim podręczniku mówi: „Okłócie może być uważane tylko za wyjątkowy sposób tamowania krwotoku“ i na powagę Langenbecka, który wzdrygał się przed zakładaniem podwiązek *en masse* na szypuły brzuszne i już w r. 1851 radził każde przecięte naczynie podwiązywać osobno. Olshausen [34]), omawiając tę propozycyę Langenbecka, pisze: „Nie da się zaprzeczyć, że podwiązanie w szypule każdego naczynia z osobna, bez użycia podwiązek *en masse*, musi się wydać umysłowi chirurgicznemu sposobem najracyonalniejszym“. Przytaczam umyślnie te trzy wielkie nazwiska, ażeby módz śmiało wypowiedzieć zdanie, że podwiązywanie szypuł *en masse* nie jest sposobem chirurgicznie racyonalnym.

Spotykałem się kilkakrotnie z zarzutem w formie twierdzenia, że okłócie jest równie chirurgicznym sposobem tamowania krwawienia, jak podwiązywanie poszczególnych naczyń. Nie wątpię, że tak jest; sądzę jednak, że chirurg, któryby z zasady wszędzie tylko okłócia używał, nawet tam, gdzieby mógł bez trudności podwiązać samo naczynie i któryby nigdy i nigdzie nie próbował podwiązywać świateł przeciętych naczyń, — byłby marnym chirurgiem. Ucięcie guza jajnikowego, trąbki, lub trzonu macicy jest tylko amputacyą. Czy chirurg amputuje w ten sposób kończyny, jak ginekolog guz jajnikowy? Musiałby wtedy w kilkunastu częściach podwiązać *en masse* kończynę, uciąć ją i tem zakończyć operacyę.

Pozostawienie w jamie brzusznej rannej powierzchni, nie pokrytej otrzewną, musi być również uważane za postępowanie chirurgicznie nieracyonalne. Tak jak na powierzchni ciała każda ranaskórna powinna być zaszyta, jeśli temu nie sprzeciwiają się pewne specyalne warunki, nad którymi nie tu miejsce rozwodzić się, tak w jamie brzusznej każda rana otrzewnowa powinna być spojona. Powyżej starałem się dowieść, że takie niezespojone rany w jamie brzusznej są szkodliwe i niebezpieczne.

Wynika z tego, co wyżej powiedziałem, że sposobowi, będącemu w rozbracie z zasadami ogólnej chirurgii i niepewnemu ze względu na wynik chwilowy i późniejszy, należy przeciwstawić metodę, którąby, o ile to możliwe, zabezpieczała chorą przed powikłaniami pooperacyjnemi i zostawała w zgodzie z zasadami, przestrzeganemi w chirurgii. Usiłowań w tym kierunku nie brakło. Oprócz Langenbecka, który podwiązywał każde naczynie z osobna i wszywał tak opatrzoną szypułę w ranę powłok brzusznych, postępowało w podobny sposób kilku operatorów amerykańskich, a mianowicie Miner, który przed przecięciem szypuły zakładał tymczasowe podwiązki *en masse*, Penrose [35]), który podwiązywał tylko tętnice na dwóch brzegach szypuły jajnikowej, wreszcie Kreuzmann [36]), który wycinał manszetę otrzewnową z szypuły i nią później pokrywał ranę kikuta, w którym każde naczynie podwiązane zostało z osobna podczas przecinania. Zupełnie podobnie, jak Penrose, postępował w Anglii Howard Kelly [37]).

Obawa przed zesunięciem się podwiązki i krwawieniem naprowadziła wielu operatorów na myśl podwiązywania poszczególnych świateł naczyniowych już po hurtownem związaniu szypuły; tak postępuje n. p. w niektórych przypadkach prof. Jordan.

Inni autorowie zajmują się więcej sprawą pokrycia rany kikutowej z obawy przed zrostami. Thornton, jak wyżej wspomniałem, przyszywał kikut raną do otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem, Baldwin [38]) starał się również doprowadzić do zetknięcia się rany kikutowej z otrzewną przedniej blaszki szerokiego więzu. Inni, jak Elischer [39]) i Schultze [40]), usiłowali „o ile to się da“ pokryć ranę kikuta w zwykły sposób związanego.

Na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1895, mówiąc o zapobieganiu wypocinom kikutowym, podałem sposób operacyjny, który się da opisać w kilku słowach: szypułę guza chwyta się jednemi lub dwoma kleszczykami i ponad niemi przecina. Światła naczyń, które naturalnie dzięki uciskowi kleszczyków nie krwawią, zostają zamknięte i podwiązane katgutem, poczem zdejmuje się kleszczyki. Jeśli jeszcze jakieś naczynie, dotąd przeoczone, krwawi — podwiązuje się je. Wreszcie szwem Lemberta łączy się przecięte blaszki otrzewnej nitką katgutową i pokrywa w ten sposób otrzewną ranę kikuta. W r. 1895 proponowałem nadto przy owaryotomiach podwiązanie *art. ovarica in continuitate*, sądzę jednak, że w zwykłych przypadkach jest to zbyteczne.

Sposób ten operacyjny odpowiada w zupełności technice amputacyi kończyny. Kleszczyki zastępują tu opaskę Esmarcha, zresztą postępuje się tak samo, jak przy amputacyi kończyny. Operując w ten sposób, nie używa się bez potrzeby okłócia i nie pozostawia rany w jamie brzusznej. Czy ze stanowiska praktycznego odpowie sposób ten oczekiwaniom, czy zmniejszy ilość niepożądanych po zabiegach powikłań, tego w r. 1895 nie wiedziałem. Powoływałem się wówczas na 5 w ten sposób operowanych przypadków, które wystarczały, aby dowieść, że operacya taka jest wykonalna i łatwa; nie były jednak w stanie przekonać nas, że daje lepsze, niż zwykła, wyniki.

Dzisiaj mogę oprzeć moje wywody na znacznie większej ilości przypadków, głównie dzięki temu, że mój były szef, Radca Dworu prof. Jordan przyjął w klinice ten sposób operowania i używał go w większości przypadków, w których miał wogóle do czynienia z opatrywaniem szypuły. W ten sposób zebrałem 56 przypadków, z których 48 operowanych było w ostatniem pięcioleciu w klinice ginekologicznej, 8 zaś w szkole położnych w ostatnich dwóch latach. W tym samym czasie opatrywano szypułę w zwykły sposób *(en masse)* 26 razy.

Wszystkie te przypadki zestawiłem w sześciu tablicach, których tu, ze względów technicznych, drukarskich, nie załączam, które jednak pojawią się w odbitkach.

[33]) Billroth i Winiwarter. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, 1887, str. 35.

[34]) Olshausen: l. c.

[35]) Penrose: The americ. Journ. of Obstetrics N. Y. August, 1895.

[36]) Kreuzmann: The americ. Journ. of Obstetrics N. Y. Vol. XXXIV, str. 83. Frommel Jahresbericht X, 1896, p. 484.

[37]) Howard Kelly: Przytoczone według Dorana.

[38]) Baldwin: Americ. Journ. of Obstetrics Vol. XXXIV, str. 682. Frommel Jahresbericht V, 1896, str. 484.

[39]) Elischer: Verhandl. des Deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1886, str. 21.

[40]) Schultze: l. c.

W tablicach tych przytoczyłem rozpoznanie, datę i przyrodę operacyi, najwyższą ciepłotę pooperacyjną, dzień wyjścia z kliniki, wreszcie przepisałem z historyi choroby zapiski, dotyczące wypociny kikutowej.

W pierwszych trzech tablicach zestawione są przypadki operowane bez użycia podwiązek *en masse*, w innych trzech przypadki, w których tych podwiązek używano.

W pierwszej i czwartej tablicy zestawiłem owaryotomie, w drugiej i piątej salpingektomie, w trzeciej i szóstej operacye radykalne ciąży zamacicznej.

Owaryotomij bez użycia podwiązek hurtownych wykonano 48; ponieważ jedna chora zmarła z przyczyny, nie będącej w żadnym związku z szypułą, przeto pozostaje 47 chorych, które przed opuszczeniem zakładu dokładnie badano. Z tej liczby 47 u 3 pacyentek znaleziono opór, który można uważać za wypocinę kikutową, 44 zaś zmian takich nie okazywało. Stanowi to 93·6% wyleczeń bez wypocin kikutowych , 6·4% wypocin.

Z podwiązaniem szypuły *en masse* wykonano 19 owaryotomij. Z tych 19 chorych, 8 przebyło mniejsze lub większe zmiany przy kikucie szypuły, co stanowi 42·2% wszystkich. Tylko u 11 przebieg pooperacyjny nie był zakłócony wypociną, t. j. w 57·8% wszystkich przypadków.

Salpingektomij wykonano sposobem wyżej opisanym bez użycia hurtownych podwiązek tylko trzy, co się tłómaczy tem, że w latach tych objawiła się ogólna reakcya przeciw radykalnym operacyom zapalnych zmian przydatków macicznych. Z tych trzech operowanych jedna okazywała wypocinę, co prawda, nie ściśle w miejscu kikuta. Wynosi to 66·6% wyleczeń bez wypociny, choć przyznać muszę, że liczba trzech przypadków jest za mała, żeby módz wyprowadzać z niej wnioski.

Salpingektomij z podwiązkami *en masse*, któreby się dały zużytkować w tem zestawieniu, zanotowałem również trzy. W dwóch przyszło do wytworzenia się wypociny.

Zanotowałem wreszcie 9 przypadków operacyj radykalnych ciąży zamacicznej. W pięciu nie używano podwiązek *en masse* i z tych 4 nie okazywało ani śladu wypociny, co stanowi 80%. W liczbie tych wyleczonych jest również przypadek bardzo ciężki, powikłany ogromnym, do pępka sięgającym krwistekiem. W innym przypadku, również bez wypociny wyleczonym, przyszło wkrótce po operacyi do prawidłowej ciąży macicznej, zakończonej porodem prawidłowym.

Z 4 przypadków operacyj radykalnych ciąży zamacicznej z użyciem podwiązek *en masse*, wszystkie chore okazywały po zabiegu wypociny, dwie duże, dwie nieznaczne.

Zachodzi pytanie, czy z powyższych zestawień mamy prawo wyciągać jakiekolwiek wnioski. Sądzę, że tak, ale z zastrzeżeniami. Ktoś powiedział, że statystyka jest kłamstwem, opartem na liczbach. Sąd to surowy, ale w statystykach lekarskich niewątpliwie do pewnego stopnia usprawiedliwiony. W statystykach tych, dotyczących wyleczeń, błąd tkwić może w tem, że porównywane w wynikach swoich przypadki chorobowe nie są w istocie swojej takie same, albo przynajmniej nie tak samo ciężkie. Pomyłka, wynikająca z tego błędu, zrównoważyć się da albo bardzo szczegółowem oświetleniem dat statystycznych, z uwzględnieniem indywidualnych różnic poszczególnych przypadków, albo bardzo wielkiemi liczbami. Druga pomyłka tkwić może w niedokładnem spostrzeganiu przypadków, użytych do zestawienia. W statystyce powyżej przytoczonej wykluczony jest ten drugi błąd. Przypadki tu zestawione, przeważnie klinicznie spostrzegane były niezmiernie dokładnie i sumiennie, a doskonale spisywane historye chorób nie pozostawiają żadnych wątpliwości. Trudniej ochronić się od pierwszego zarzutu. Liczby rzeczywiście nie są duże, nie idą w tysiące, a każdy przypadek z osobna jest inny, już choćby ze względu na wiek pacyentek, ich stopień schorzenia, siłę odporności, wielkość guza, długość i jakość szypuły i t. d. Co więcej, nie waham się stwierdzić, że o wyborze tej lub innej metody rozstrzygał najczęściej wzgląd na ciężkość przypadku i trudności techniczne i że podwiązki *en masse* stósowane były właśnie w tych cięższych, trudniejszych zabiegach.

Więc pytanie, czy przyczyna gorszych wyników, otrzymanych przy użyciu tego sposobu, nie leży poza metodą, czy ona nie ma źródła właśnie w technicznych trudnościach i ciężkości zabiegu? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa; sądzę jednak, że oparłszy się na innem zestawieniu, możemy stwierdzić, że tak nie jest. Mówiąc w roku 1895 o wypocinach szypułowych, oparłem swoje wywody na zestawieniu 51 przypadków. Ustęp ten przytaczam dosłownie: „Zestawiłem mianowicie 51 laparotomij, t. j. owaryotomij, salpingektomij, myomektomij, operacyj ciąży zamacicznej i t. d., jednem słowem operacyj, w których dane były warunki do wytworzenia się tego rodzaju wypocin ze zrostami, i przejrzałem odnośne historye chorób, w których, ponieważ pochodzą z czasów, kiedy nie zwracaliśmy na to szczególnej uwagi, nie wszędzie poczynione są tu należące uwagi. I tak z tych 51 przypadków nie znalazłem żadnych zapisek w 16 przypadkach. Nie chcąc być posądzonym o stronniczość w sądzie, przydzielam je odrazu do tych 12, w których w dniu wyjścia wyraźnie wykazano i zanotowano brak wypociny. Pozostaje 23 przypadków, w których stwierdzono taką wypocinę. Stanowi to bądź co bądź poważną liczbę 45%“. Więc w czasach, kiedy używalimy tylko podwiązek *en masse*, było 45% wypocin.

Obecnie zestawiam razem wszystkie w powyższych sześciu tablicach przytoczone przypadki. Jest ich 82, z tych u 19 wykazać się dała wypocina, co stanowi 23%. Mamy więc prawo powiedzieć, że odkąd używa się oprócz podwiązek *en masse* innego sposobu operowania, ilość wypocin spadła z 45% na 23%. W tem zestawieniu unikamy przynajmniej błędu, tkwiącego w rozdzieleniu całego materyału na lżejsze i cięższe przypadki.

Jeżeli teraz porównamy liczbę wypocin w przypadkach operowanych z podwiązkami *en masse* i bez nich, to zobaczymy, że z 26 przypadków operowanych z pomocą hurtownych podwiązek w 14 przyszło do wytworzenia się większej lub mniejszej wypociny kikutowej. Jest to 50%. Natomiast z 56 przypadków operowanych bez tych podwiązek, w sposób wyżej opisany, tylko u 5 zanotowano wypocinę, co stanowi niespełna 9%. Ogromna ta różnica nie może być przypadkową. Widzieliśmy, że tylko w małym stopniu można szukać przyczyny tej różnicy w ciężkości zabiegu, głównie odgrywa tu rolę sama metoda. Zapewne, że pożądaną byłaby statystyka znacznie większa i wierzę, że potwierdzi ona kiedyś to, co dziś mówią niewielkie moje liczby.

Zarzucić ktoś może, że nie warto oskarżać metody starej i wypróbowanej li tylko na podstawie wypocin kikutowych, których dopiero szukać trzeba i które najczęściej ni-

czem się nie zdradzają. Ten zarzut byłby niesłusznym i nieusprawiedliwionem byłoby lekceważenie tych wypocin. Jak z przytoczonych w zestawieniu liczb najwyższej ciepłoty pooperacyjnej wynika, wypociny te są tylko wyjątkowo objawem zapalenia, a najczęściej widomym znakiem krwawienia lub zrostów. I jedno i drugie nie może być uważanem za drobnostkę, zwłaszcza zrosty, które nawet i po latach wywołać mogą ciężkie schorzenie

Czy sposób, którym proponuję zastąpić klasyczne podwiązywanie *en masse* nie ma innych wad, w pierwszym rzędzie czy nie wymaga zbyt długiego czasu? Zapewne, że kto po wytoczeniu guza podwiązuje jedną lub dwiema podwiązkami szypułę i nie troszcząc się więcej o nią zamyka jamę brzuszną, operuje krócej, niż ten, który na przekroju wszystkie naczynia wiąże i jeszcze nadto ranną powierzchnię pokrywa otrzewną. Ale przedewszystkiem nie o rekord tu chodzi, tylko o sumienne wyleczenie, a powtóre dziś już niewielu chyba operatorów wybiera ten najkrótszy, więcej odważny, niż rozważny sposób opatrywania szypuły. Większość nawet tych operatorów, którzy wiążą *en masse*, zamyka oprócz tego światła poszczególnych przeciętych naczyń, niektórzy zaś po związaniu szypuły starają się przekrój jej pokryć otrzewną, („o ile się to da“). Dla tych operatorów sposób proponowany jest skróceniem operacyi, nie przedłużeniem, bo odpada niepotrzebne zakładanie hurtownych podwiązek.

Nie bez znaczenia wreszcie jest prędkie usunięcie guza z jamy brzusznej, zwłaszcza, jeśli w nim jest ropa, która przy dłużej nieco trwających manipulacyach łatwo dostać się może do jamy brzusznej. Również w przypadkach świeżego, jeszcze krwawiącego pęknięcia ciąży zamacicznej, założenie kleszczyków na szypułę natychmiast tamuje krwawienie.

Panu Radcy Dworu prof. Jordanowi dziękuję na tem miejscu serdecznie za pozwolenie korzystania z ksiąg klinicznych.

## III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

### Stosowanie gwajakolu w zapaleniu gruczołu sutkowego.

Podał
Dr. H. Malsburg (Sassów).

Dnia 15 września r. b. zawezwano mnie do chorej S. F., która skarżyła się, że od dwóch tygodni doświadcza potęgującej się z dnia na dzień bolesności w sutku lewym; kilka bezsennie spędzonych nocy zmusiło ją do szukania pomocy lekarskiej. Przed trzema miesiącami powiła dziecię, które sama karmi.

Badanie wykazało: Ciepłota ciała wynosi zrana 37·8°C, sutek lewy w porównaniu z prawym znacznie powiększony, (skóra nam nim napięta), przy dotyku twardy i bardzo bolesny. Wewnątrz wyczuć można dwa twarde guzy wielkości kurzego jaja. Pod pachą lewą nabrzmienie gruczołu chłonnego wielkości orzecha włoskiego, bolesne, ruchy ramienia lewego utrudnione. Popękań (ragad) lub jakiegokolwiek obrażenia brodawki sutkowej brak. Widoczne wycieńczenie i osłabienie ciała, cera żółtawo-blada.

Zaleciłem wówczas, jak zwykle, odstawienie dziecka od piersi chorej, ustalenie jej, jako też nieużywanie ramienia lewego, a nadto przepisałem maść następującego składu:

Rp. *Guaiacoli 8·0*
*Lanolini*
*Vaselini aa 25·0*
*M. f. ung.*

którą chora dwa razy dziennie na płatku płóciennym na chory sutek przykładać miała.

Skutek okazał się bardzo dobry. Bóle po pierwszem zastósowaniu maści natychmiast ustąpiły, a choć po kilkunastu godzinach znów się pojawiły, po świeżem przyłożeniu maści znikały szybko, aż wreszcie, po dniach kilku, zupełnie ustały. Ciepłota ciała spadała stopniowo w ciągu trzech dni, aż do prawidłowej. Sen pierwszej zaraz nocy powrócił i chorą pokrzepił. Obrzęk sutka klęsł widocznie i gruczoły mleczne i pachowy malały i miękły widocznie tak, że do dni 14-tu śladu nawet cierpienia nie pozostało.

Jeśli zważymy, jak długotrwałe i bolesne bywa to cierpienie u kobiet karmiących, dopóki nie przyjdzie do zropienia i wydalenia ropy na zewnątrz — i jak powolne jest gojenie się, po którem nawet częstokroć trwałe stwardnienie pozostaje, — to wynik w tym przypadku można uważać za świetny.

Ponieważ jednak nie miałem od tego czasu sposobności zastósowania gwajakolu w podobnym przypadku zapalenia gruczołu sutkowego, podaję wiadomość powyższą Szanownym Kolegom w celu doświadczenia i zużytkowania maści gwajakolowej na Ich liczniejszym materyale.

## IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Eitelberg (Wiedeń) **Practische Ohrenheilkunde** (57 rycin. Alfred Hölder, Wiedeń).

Każdy lekarz, który kiedykolwiek czytał pracę Eitelberga, niezmordowanego pracownika na niwie otyatrycznej, powitać musiał z szczerą radością i żywem zadowoleniem pojawienie się większego dzieła tego autora. Oczekiwania te zaiste nie zawiodły. Eitelberg zajmujący zaszczytne stanowisko w piśmiennictwie otyatrycznem, znany także czytelnikom „Przeglądu lek.“ z licznych, w tym tygodniku podawanych sprawozdań z jego prac poprzednich, potrafił przedstawić materyał suchy w sposób taki, że czytelnik, nie czując znużenia, doznaje na każdym kroku, obok pouczenia, prawdziwie rzetelnego zainteresowania się. Styl obrazowy, nadobny i nadzwyczaj przystępny, który jest cechą każdej z licznych rozpraw naukowych tego autora, stanowi także zaletę i niniejszego dzieła. Jest to język zamiłowanego w swoim zawodzie lekarza, gorąco kochającego naukę, przypominający sławnych mistrzów stylu i mowy naukowej, jak Hyrtla, Billrotha itd. Świeży i oryginalny sposób przedstawienia przedmiotu, zręczne i pomysłowe przeprowadzenie sprawy, są dalszemi zaletami tej pracy. Prawda, niema nieomal żadnego zagadnienia, wchodzącego w zakres tej dziedziny, do którego wyjaśnienia autor ten nie przyczyniłby się swojemi badaniami, względnie przyczynkami kazuistycznymi. To też przedstawia się on w tej książce jako uczony badacz, doświadczony praktyk, oraz wyborny znawca całego materyału literackiego, który opanował metodę naukową. Uwzględniając w pierwszym rzędzie stanowisko i potrzeby lekarza praktyka, stara się on podać tylko stwierdzone pewniki, unikając wszelkich hipotez. Najlepiej charakteryzują autora pod tym względem własne jego słowa: „Hypothesen sind im besten Falle halbe Wahrheiten, der praktische Arzt jedoch braucht die ganze Wahrheit“ (str. 418). Hasło to było myślą przewodnią całego dzieła; to też tu i ówdzie wtrącane wskazówki i uwagi praktyczne uderzają szczerą prawdą i rzeczywistością i są nietylko trafne, ale nieraz klasyczne. Wskazujemy tylko n. p. na ustęp „Krankenexamen,“ albo na nieco humorystyczne i karcące uwagi, tyczące się nadużyć, popełnianych dla mody, jak przekłócia płatka usznego dla noszenia kolczyków itp.; to samo daje się powiedzieć o ścisłych, tu i ówdzie dla przy-

kładu przytoczonych i bardzo pouczających historyach choroby. Podnieść należy z uznaniem ścisłość, z jaką autor skreślił szczegóły, cechujące każdą chorobę, oraz wskazówki dla jej różniczkowego rozpoznania; dalej ścisłe i nader dokładne zebranie wskazań do takich zabiegów chirurgicznych, jak otwarcie wyrostka sutkowego, wycięcie kostek słuchowych itp. Wszędzie uwydatnia się szczególny dar uprzystępniania i uzmysłowiania zawikłanych i trudnych wyobrażeń, bystrość spostrzegawcza, jasny i logiczny sposób myślenia i wnioskowania.

Podręcznik dr. Eitelberga jest książką lekarza praktyka, napisaną dla lekarzy praktycznych; dzieło to obfituje w pierwszorzędne zalety, które je stawiają ponad inne podręczniki z tego zakresu, od których się wyróżnia bogactwem zalet i może uchodzić za wzór, jak należy pisać podręcznik, któryby pouczając, nie nużył i łączył pożytek z rzetelnem zainteresowaniem się. Przez te właściwości, książka ta staje się wybornym poradnikiem dla lekarzy i uczniów, a pożytek, jaki niewątpliwie przyniesie, będzie słuszną nagrodą dla autora za jego ogromny trud. Kończymy słowami autora: „Wer bei der Hand genommen und an den Klippen und Riffen der otiatrischen Praxis vorbeigeführt werden will,“ ten niech się posługuje tem dziełem.

Uznanie należy się nakładcy, który nie szczędząc kosztów, wyposażył dzieło Dr. Eitelberga znakomicie, w sposób odpowiedni treści i godny znanej zaszczytnie firmy wydawniczej; cena w stosunku do rozmiarów dzieła i obfitości rycin, bogatej treści, dobrego papieru i wykwintnej formy jest mierna.

*Spira.*

## V. Wyciągi.

Curschmann (Lipsk). **Durowe zapalenie pęcherza moczowego.** *(Münch. med. Wochenschrift,* Nr. 42, 1900). Dotychczasowe spostrzeżenia wykazały, że u 15—30% wszystkich chorych durowych można było w moczu stwierdzić znamienne prątki Ebertha *(Typhusbacteriuria)*, których pochodzenie odnoszą (Schichold) do równoczesnego z durem istnienia białkomoczu, bądź gorączkowego, bądź spowodowanego zapaleniem nerek. Autor przytacza trzy przypadki zapalenia pęcherza moczowego, w których wydzielany przez nerki drobnoustrój durowy wywołał ropne zapalenie pęcherza. Na podstawie więc tych przypadków z uwzględnieniem także i podanych w piśmiennictwie, omawia Curschmann etyologię, objawy kliniczne, przebieg i leczenie tego cierpienia. Co się tyczy pierwszego, to nie ulega wątpliwości, że tego rodzaju ropne zapalenie pęcherza może się jedynie rozwinąć na tle istniejącego duru brzusznego, sprawy zaś, dlaczego w jednych przypadkach się rozwija, a w drugich nie, autor nie wyjaśnia, lecz odnosi do szczególniejszych osobniczych skłonności chorego, a względnie dotyczącego narządu. Objawy kliniczne niczem nie różniły się od innych zapaleń pęcherza (bolesność, parcie na mocz, oddziaływanie kwaśne i t. d.); jedynie badanie drobnowidowe stwierdzało znamienne pochodzenie tego zapalenia, wykazując zawsze prątki durowe, — istniejący białkomocz był tylko objawem gorączki. Przebieg bywa zwykle lekki, w każdym razie lżejszy od innych postaci zapaleń pęcherza, rokowanie niezłe, a leczenie nie odstępowało od zwykłej normy *(salol, fol. uvae ursi)*. Gorąco zalecana przez Smitha urotropina nie była stosowaną w tych przypadkach durowego zapalenia pęcherza moczowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Witthauer (Halle). **Leczenie kolki wątrobnej oliwą.** *(Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 43, 1900). Autor twierdzi ogólnikowo, że gwałtowny, napadowo występujący i stopniowo powiększający się ból w okolicy żołądka, względnie wątroby, winien zawsze wzbudzić podejrzenie istnienia kamyków żółciowych. Dalej, że przypadek chorobowy, któremu brak podniesionej ciepłoty, utrzymującej się przez dłuższy czas i w którym nie można stwierdzić wyraźnie powiększonego woreczka żółciowego, nie powinien być bezwzględnie operowany, lecz przeciwnie, stosując leki wewnętrznie, można osiągnąć pomyślny, a trwały skutek. Jeśli jednak napadowe bóle nader często się powtarzają, lub tak długo się utrzymują, że z czasu ich trwania można wnosić o uwięźnięciu kamyka żółciowego, jeśli wreszcie poniżej opisane leczenie jest bezskuteczne, wówczas jest wkazany zabieg chirurgiczny, jako „ultimum refugium“. Środków przeciw kamicy żółciowej jest sporo, a z tych jeszcze najlepszem uznaniem cieszy się dotychczas woda karlsbadzka — niestety nie dla każdego dostępna. Drugie miejsce zajmuje systematyczne leczenie oliwą, a względnie podawanie jej na wewnątrz chorym na kamicę żółciową. Postępowanie to nie jest nowe (Chauffard, Walker, Vettsteiner itd.), a obecnie, na podstawie 12-letniego doświadczenia, usilnie je zaleca autor. Technika jest prosta: w pozycyi na wznak, z miednicą cokolwiek podniesioną, otrzymuje chory przez odbytnicę zwykłym irygatorem 400—500 ctm.³ czystej oliwy, ogrzanej do 30° C., odwracając się potem na 4 minuty na prawy bok. Początkowo powtarza się ten zabieg codziennie, po 1—2 tygodni co drugi dzień, a później coraz to rzadziej; — czas stosowania jest nieograniczony. Z uwagi, że podawanie oliwy przez usta ma być skuteczniejsze, należy, o ile możności, tę drogę obrać, zaprawiwszy oczywiście oliwę kilku kroplami olejku miętowego, a popić następnie koniakiem; skoro jednak chory zaczyna czuć odrazę do tego sposobu, należy obrać drugi. Wyniki takiego leczenia były bardzo dobre, jak tego dowodzą przytoczone przez autora przypadki. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. Alex. Szili. **O zagęszczaniu się krwi drobinowem w przebiegu drgawek porodowych.** *(Berl. klin. Wochs.,* Nr. 43, 1900). Bouchard w teoryi swojej tłómaczy powstanie drgawek porodowych samozatruciem ustroju istotami, tworzącemi się w znacznej ilości, a które powodują drgawki; powstają również zmiany w narządach wydzielniczych, a mianowicie w wątrobie i nerkach w tym kierunku, iż zdolność wydzielania tych narządów zostaje zmniejszoną. Autor w pracy swojej usiłuje przekonać się o słuszności tej teoryi, a w szczególności co się tyczy upośledzenia zdolności wydzielniczej nerek, wychodząc z założenia, iż zgęszczenie surowicy krwi drobinowe, które w warunkach prawidłowych jest stosunkowo stałe, musi się zwiększyć z chwilą, gdy zdolność wydzielnicza nerek zostaje zmniejszoną. W prostym stosunku do gęstości drobinowej pewnego ciała, względnie rozczynu, jest jego stopień obniżenia temperatury marznięcia, który dla krwi prawidłowej wynosi $\delta = 0{,}56—0{,}58^\circ$ C., a który musiałby się podnieść w krwi, mającej w rozpuszczeniu większą ilość drobin składników, aniżeli w krwi prawidłowej. Badania przeprowadzał autor w przyrządzie Beckmanna, służącym do oznaczenia obniżenia punktu marznięcia, używał krew, którą uwalniał od bezwodnika węglowego, przeprowadzając przez nią tlen. W badanych przez niego sześciu przypadkach drgawek porodowych otrzymał dla krwi wartość $\delta = 0{\cdot}58—0{\cdot}60^\circ$ C., a więc zbliżoną bardzo do wartości dla krwi prawidłowej. Na podstawie tych badań dochodzi Szili do następujących wniosków: 1. Obniżenie punktu marznięcia krwi w przypadkach drgawek porodowych nie wykazuje znacznych różnic w porównaniu z krwią prawidłową. 2. Wobec tego przy drgawkach porodowych nie przychodzi do zatrzymania substancyi moczowych (soli, mocznika i t. d.). 3. Prawidłowa wartość obniżenia punktu marznięcia dla krwi w dawkach porodowych wskazuje, iż przenikliwość nerek nie jest w tym kierunku zmienioną, jak w przypadkach mocznicowych. 4. Wyniki powyższe skłaniają nas do przypuszczenia, iż substancya trująca, którą uważamy za czynnik etyologiczny drgawek porodowych, musi posiadać wyższą budowę drobinową, aniżeli te, które się tworzą przy wstecznej przemianie ciał białkowatych i odczepiać się od drobiny białka, jako wytwór pośredni. *Dr. Ig. L.*

Pariser (Homburg). **O krwotocznych nadżerkach błony śluzowej żołądka.** *(Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 43, 1900). Autor, starając się wyświetlić powyższe cierpienie ze stanowiska codziennej praktyki, dzieli objawy występujące na dwa działy, z których pierwszy obejmuje przypadłości podmiotowe chorego, drugi wyniki badania przedmiotowego. Z przypadłości zasługują na uwagę a) silne bóle w okolicy żołądka, pokrywające cały obraz chorobowy (znamienne, nie jak przy wrzodzie żołądkowym. umiejscowione do jednego punktu); również i położenie ciała lub ucisk na żołądek nie zmieniają natężenia bolów, b) Zmniejszona chęć do jadła; nie jest to brak łaknienia, lecz samowolne wstrzymywanie się od przyjęcia pokarmów z obawy przed pojawiającą się następowo bolesnością; wreszcie c) znaczne wychudzenie, połączone oczywiście z ogólnem osłabieniem, przygnębieniem i nie rzadko także nudnościami, ale bez wymiotów. Stałym prawie przedmiotowym objawem jest mniejsza lub większa ilość drobnych soczewicowatych kawałeczków błony śluzowej żołądka, czerwono zabarwionych, lub bezbarwnych, znajdujących się z reguły w wypłóczynach czczego żołądka. Jako czynnik etyologiczny opisanych nadżerek krwotocznych podaje autor zaburzenia w krążeniu w błonie śluzowej żołądka, jej stany zapalne, lub przemijające kurcze warstwy mięsnej. Wyleczenie może jedynie nastąpić przez zabliźnienie, wyjątkowo tylko zdarza się, by tego rodzaju nadżerki przyczyniły się do powstania okrągłego wrzodu żołądkowego. Bardzo obszernie omawia wreszcie autor sprawę leczenia tego cierpienia; tu na pierwszem miejscu stawia płókanie żo-

łądka rozczynem azotanu srebrowego w stosunku 1:1000 lub 1:2000 po poprzedniem i końcowem wymyciu całego narządu fizyologicznym roztworem soli kuchennej; postępowanie to dawało znakomite wyniki. Obok tego ma niepoślednie znaczenie i leczenie dyetetyczne; tłuste mięso, wszelkie korzenie i ostre, drażniące przyprawy są wzbronione, zarówno jak napoje wyskokowe, silna kawa lub owoce, zwłaszcza surowe. Natomiast zalecić należy jaja, mleko, tarte lub siekane mięso wołowe i cielęce lub drób. *Dr. Henryk Pisek.*

Eulenburg (Berlin). **O cierpieniach nerwowych pochodzenia rzeżączkowego.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* Nr. 43, 1900). Napomknąwszy jedynie mimochodem o stosunku neurastenii, histeryi i t. p. do przewłocznych zapaleń cewki moczowej, omawia autor umiejscowione postacie chorób nerwowych, które mogą się z biegiem czasu rozwinąć na tle rzeżączki. Na podstawie więc dotychczasowych spostrzeżeń dadzą się odróżnić następujące główne typy: 1) przypadłości nerwobólowe (neuralgiczne), 2) rzeżączkowe postacie zaniku mięśniowego i porażenia zanikowego, wreszcie 3) zapalenie nerwów *(neuritis)* w ściślejszem znaczeniu *(mono-* lub *polyneuritis)* i zapalenie mięśni rzeżączkowe. Pierwszy typ pojawia się najczęściej w postaci rwy kulszowej, łączącej się częstokroć z nerwobólami krzyżowo-lędźwiowymi, w szczególności z zakresu nerwów narządu płciowo-rodnego; ból występuje napadowo, czasem z podwyższoną ciepłotą ciała, u osobników młodszych, u których oprócz istniejących śladów przebytej rzeżączki nic innego wykazać nie można. Szczególnem znamieniem rzeżączkowego zaniku mięśniowego i takichże porażeń jest ich umiejscowienie: staw barkowy i kolanowy, — podczas gdy trzeci typ jest wprawdzie wielce podobny do objawów, występujących w zwyrodnieniu sznurów tylnych, różni się jednak większem schorzeniem sfery ruchowej, brakiem zmian źrenicznych i przebiegiem. Rokowanie bywa w tych cierpieniach pomyślne, z środków zaś leczniczych zasługuje na szczególniejszą uwagę, obok dotychczas stosowanych leków, jodipina w kształcie wstrzykiwań podskórnych 10% lub 25% rozczynu (5,0 na dawkę) raz dziennie, — wewnętrznie tyleż dwa lub trzy razy. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Lessor (Berlin). **Historya i ogólna patologia kiły.** *(Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 44, 1900). Punktem wyjścia całego historycznego dochodzenia początków kiły jest epidemia tej choroby, która wybuchła w ostatnim dziesiątku lat XV wieku, przeszedłszy w swym pochodzie w krótkim stosunkowo czasie wszystkie podówczas znane kraje; — pytanie zaś, czy kiła przedtem już była znaną, jest dotychczas niewyjaśnione. Źródłem powyżej wspomnianej epidemii miało być zdobycie Neapolu w r. 1490, w którym tak zdobywca (Karol VIII, król francuzki), jak i wojsko jego, składające się ówczesnym zwyczajem z najrozmaitszych narodowości, oddawało się bezgranicznej rozwiązłości; żołdactwo to, rozprószywszy się później po wszystkich krajach, rozwlekło także kiłę („chorobę Francuzów"), którą już spotykamy w r. 1496 w Niderlandach, Anglii i Danii, w r. 1497 w Szkocyi, a w dwa lata później w Rosyi. Oczywiście, że o jakiemś skutecznem przeciwdziałaniu lub leczeniu mowy nie było, albowiem współcześni lekarze, nie znajdując nań rady lub wskazówek w dziełach Galena, pokrywali swą niewiadomość tem, że uważali za hańbiące dla lekarza, jeśli leczył chorego kiłowego. Z tego stanu rzeczy korzystali partacze, stosując na wrzody kiłowe maść rtęciową, środek od dawien dawna używany na różnego rodzaju cierpienia skóry, czem naturalnie osiągnęli znakomite skutki. Nie uszło to bacznej uwagi lekarzy i wkrótce wytworzyły się dwa stronnictwa za i przeciw stosowaniu rtęci (merkuryaliści i antymerkuryaliści), powodując spór, którego ślady nawet dzisiaj jeszcze można zauważyć. Co się tyczy ogólnej patologii kiły, zaznacza autor, że mimowolnie nasuwa się myśl o drobnoustrojach, wywołujących ją i nieraz już zdawało się, że drobnoustrój chorobotwórczy został wykryty; — niezbitego atoli dowodu dotychczas nie podano. Dalsze wywody tej zajmującej rozprawki tyczą się zaraźliwości, podziału kiły na okresy, poszczególny ich przebieg, — rzeczy zresztą powszechnie znane. *Dr. Henryk Pisek.*

A. Seelig. **Cukromocz florydzynowy.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1900, Nr. 44). Ostatecznym celem odczytu, wygłoszonego przez S. w Towarzystwie naukowem lekarskiem w Królewcu *(Verein f. wissenschaftliche Heilkunde),* jest wyjaśnienie, czy w patologii ludzkiej przyjmować wolno t. zw. postać nerkową moczówki cukrowej, na wzór cukromoczu, wywołanego doświadczalnie przez podanie florydzyny. Cechą cukromoczu florydzynowego jest przedewszystkiem to, że nie zależy on zupełnie od jakości spożytych pokarmów, występuje nawet wśród głodzenia zwierząt, a dalej, że odsetkowa ilość cukru we krwi nietylko nie jest wyższa, ale nawet niekiedy niższa, aniżeli ilość prawidłowa; z zaprzestaniem podawania florydzyny ustaje także i wydzielanie cukru.

Dostatecznego wytłómaczenia ciekawego tego zjawiska dotychczas nie mamy. Jedni autorowie przyjmują, że florydzyna sprowadza pewne, bliżej niedające się określić zmiany w nerkach i tem tłómaczą dostawanie się cukru do moczu (teorya wydzielnicza), drudzy za Minkowskim sądzą, że połączenie to rozpada się w nerkach na dwa ciała, floretynę i florozę (rodzaj cukru); floretyna łączy się dalej w ustroju z odpowiednimi związkami, rozpada się w nerkach i ztąd cukromocz. Autor nie jest zwolennikiem ani jednego, ani drugiego zapatrywania. Pierwszemu zarzuca, że nie tłómaczy znikania cukromoczu po usunięciu florydzyny, drugiemu, że nie wyjaśnia, zkąd po podaniu małych ilości florydzyny zjawiają się znaczne ilości cukru, podnosząc równocześnie, że przez podanie floretyny nie można w moczu wykazać florydzyny.

W celu uzasadnienia nerkowej przyrody cukromoczu florydzynowego wykonano szereg badań na zwierzętach. Trambusti i Nesti stwierdzili w nerkach zwierząt zatrutych zmiany, umiejscowione stale i najwybitniej w krętych kanalikach nerkowych *(tubuli contorti),* mniej stale i mniej wybitnie w kłębkach i w kanalikach prostych. Określają je jako obumarcia koagulacyjne. Zmiany występowały u psów, nie zjawiały się u królików. T. i N. sądzą, że przypisywać je należy nie florydzynie, lecz obficie wytwarzającemu się acetonowi.

Seelig podjął badania kontrolne i stwierdził, że także u królików wykazać można zmiany w kanalikach nerkowych, jeśli podawanie florydzyny (wstrzykiwania podskórne) trwa dość długo. Patologicznej acetonuryi nigdy autor nie stwierdził i na tej podstawie odnosi obumarcie do bezpośredniego wpływu florydzyny. Wpływ ten w pierwszej linii działa na śródbłonek kanalików krętych, a ztąd właśnie wniosek, że florydzyna tam właśnie się wydziela. (Bliższe szczegóły p. w oryginale).

Podobnie, jak florydzyna, działa także i kantarydyna, — wywołuje cukromocz, ale tylko wtedy, gdy użyto dawek średnich; po dawkach dużych zjawia się tylko białkomocz (doświadczenia Richtera). Obraz anatomiczny nerki w obu przypadkach jest nieco odmienny; w pierwszym brak zmian w kanalikach krętych, w drugim kanaliki te pospołu z innemi częściami nerki zajęte są obumarciem koagulacyjnem.

Przechodzi wreszcie autor do patologii ustroju ludzkiego i omawia pokrótce przypadki moczówki cukrowej, znane z piśmiennictwa, w których dopatrywaćby się można przyrody nerkowej cukromoczu. Ostatecznym wynikiem tego przeglądu jest stwierdzenie, że dotychczas nie znamy przypadku, którybу niewątpliwie mógł być poczytany za przypadek cukrzycy nerkowej. *L. K.*

R. Grünbaum. **O ikonometryi.** *(Wiener med. Presse,* Nr. 45, 1900). Ikonometryą nazywa autor obmyślony przez siebie sposób wykreślania i mierzenia skrzywień (w szczególności bocznych) kręgosłupa. W tym celu używa G. „dikatopteru" Eppera. W zasadzie przyrząd ten odpowiada ciemni optycznej, zastosowanej przy przyrządach rysunkowych, w których wyznacza się zarysy obrazu domniemanego, rzuconego na płaszczyznę rysunkową.

Sposób ten posiadać ma, według G., następujące zalety: zdjęcie zajmuje mało czasu (1—1½ minuty); nie wymaga od chorego zajmowania nużącej postawy; zdjęcie wykonuje się bez dotykania chorego; otrzymane obrazy bardzo plastycznie uwydatniają wszelkie szczegóły; przyrząd jest tani; użycie jego nie wymaga szczególniejszej wprawy. Zastosowanym być może i w innych celach, jak n. p. przy badaniu zakresu ruchomości stawów i t. p. z równie zadawalniającym wynikiem. *Urbanik.*

Dr. Albin Kazimierz Schwarz. **Przyczynek do objawów kiły drugorzędnej.** *(Kraków,* 1900). U 28-letniego mężczyzny z wrzodem twardym na żołędzi, w okresie przedwybuchowym kiły drugorzędnej (bóle głowy i dreszcze pod wieczór), pojawił się w moczu cukier w znacznej ilości (odsetkowo nieoznaczony). Autor, przypuszczając związek przyczynowy pomiędzy zakażeniem kiłowem a cukromoczem i nie czekając wybuchu kiły drugorzędnej na skórze, względnie błonie śluzowej, przystąpił do podskórnych wstrzykiwań sublimatowych (0·02 dziennie), a następnie do wcierań trzygramowych szaruchy. Już po trzech dawkach (razem 0·06) miał ustąpić wszelaki ślad cukru w moczu. Do leczenia chorego rtęcią w czasie, gdzie jeszcze nie przyszło do objawów kiły drugorzędnej na skórze, skłonił autora przypadek, spostrzegany razem z Dr. Surzyckim jeszcze w r. 1894. W przypadku tym, w okresie odpowiadającym wybuchowi kiły drugorzędnej (zmian na skórze stwierdzić nie można było), pojawił się cukromocz, a chory wśród objawów śpiączki moczówkowej (coma diabeticum), w tydzień zakończył życie. Dlatego zachęca autor do poszukiwań cukru w moczu w okresie przedwybuchowym i wybuchowym kiły drugorzędnej, a zwłaszcza tam, gdzie wybuch wysypki się opóźnia. (Spostrzeżenie zrobione przez autora jest dla lekarza wielkiej wagi, tem bardziej, że na objaw ten w podręcznikach autorowie nie zwracają uwagi. Przyp. refer.)

*Dr. Żydłowicz.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

**Antytusyna**, do niedawna wielce wychwalany lek przeciw krztuścowi, ma według Krausego po dłuższem stosowaniu wywoływać owrzodzenia skórne, nader trudno dające się wyleczyć. (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 34). *A. K.*

**Phenosalyl** (mięszanina kwasu karbolowego i salicylowego), używany w 3%—5% rozczynie glicerynowym (do pędzlowania) w przypadkach gruźlicy krtani z bardzo dobrym skutkiem. Trudności połykowe, (dysfagia), ów najprzykrzejszy objaw, znika po 3 do 4 pędzlowaniach, wskutek czego i odżywienie się wzmaga; nie mniej dobrze goją się wrzody gruźlicze i rozległe nacieki, głos się poprawia, nawet u niektórych chorych bezgłos znika zupełnie, wreszcie w większości przypadków z polepszeniem się miejscowem zmniejszają się stopniowo dolegliwości ze strony płuc. Również korzystnie działa wymieniony rozczyn w rozmaitego rodzaju nieżytach jamy nosowej i ucha, wdychiwania zaś 1%—3% rozczynu ujemnie wpływają na cierpienia płucne. (*Klinisch-therapeut. Wochenschrift* Nr. 43, 1900). *Dr. Henryk Pisek.*

**Mentol** w rozczynie 20% z oliwą poleca Dr. Wollenmann w wymiotach ciężarnych, podając na cukrze po 10 kropel w okresie nudności. Dr. Cypriani osiągał nader dobre wyniki w tych samych cierpieniach kobiecych z podawania walidolu (Kozłkan mentolu). (*Der Frauenarzt*, 42). *A. K.*

Marcinowski (Saarmund), **W sprawie leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 43, 1900. Analogicznie do kilku przypadków niedrożności, uleczonych wysokiemi dawkami atropiny, a ogłoszonych w piśmiennictwie, chwycił się autor tego środka w nadarzającym mu się przypadku, który w sposób gwałtowny wystąpił. Z niemałą tedy obawą wstrzyknął podskórnie 0,005 siarkanu atropiny (dawka 5 razy większa od najwyższej dozwolonej) kobiecie, okazującej wybitne cechy niedrożności jelit (brak wiatrów i wypróżnień, wymioty kałowe i t. p.), otrzymując istotnie nadspodziewany wynik. Cały obraz chorobowy się zmienił, wymioty natychmiast ustały, bolesność brzucha się zmniejszyła, a po upływie 6 godzin pojawiły się wiatry i mazisty stolec. Zachęcony tym pomyślnym wynikiem, zastosował autor ten sam środek i w takiej samej jednorazowej dawce w przypadku przepukliny uwięzniętej; skutek był bardzo dobry. *Dr. Henryk Pisek.*

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

**Posiedzenie z dnia 19 października 1900.**

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 42.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Sielski przedstawia nowo przyjętego członka kol. Rapaporta.

II. Kol. Wiczkowski demonstruje chorą z tętniakiem tętnicy głównej, okazując odpowiednie zdjęcia fotograficzne, dokonane zapomocą promieni X.

III. Kol. Sołowij mówi: »O nabłoniaku kosmówki i zaśniadzie groniastym ze szczególnem uwzględnieniem jednego przypadku zaśniadu groniastego złośliwego (*mola destruens*) i 3 przypadków nabłoniaków kosmówki (*chorioepithelioma*).« Przypadek, dotyczący zaśniadu złośliwego ogłoszony drukiem w »M. für Geb. und Gyn.«, a obecnie drukuje się w »Nowinach lekarskich.« Prelelegent demonstruje okazy anatomiczne i odpowiedne rysunki z przypadku pierwszego i z jednego z trzech następnych, a ostatecznie przychodzi do następującego wniosku: Nowotwór jest bardzo złośliwym, rokowanie złe, a ponieważ obecnie nie mamy jeszcze pewnych danych rozpoznawczych, kiedy zaśniad uważać za złośliwy, a kiedy nie, przeto radzi we wszystkich przypadkach zasniadów późnych, to znaczy sięgających drugiej połowy ciąży, postępować bardzo radykalnie i wycinać macicę. W ten sposób bowiem wystawia się pacyentkę na znacznie mniejsze niebezpieczeństwo wskutek operacyi nieudałej, — niż oczekując na pewne objawy nowotworu kiedy to już wszelki zabieg może być spóźnionym.

IV. Kol. Moraczewski: »Przemiana materyi i skład ciała żab, pozbawionych krwi i głodzonych« Prelegent zdaje sprawę z dwóch prac doświadczalnych, które wykonał w instytucie prof. Becka i prof. Niemiłowicza. Pierwsza dotyczy przemiany materyi u żab, płókanych roztworami soli. Obok roztworu soli kuchennej używał autor roztworów isosmotycznych siarkanu, azotanu i octanu sodowego, oraz mocznika i cukru gronowego. Wszystkie powyższe roztwory mogą zastąpić krew w ustroju żaby. Wydzielanie żab, pozbawionych krwi, nie wiele się różni od wydzielania żab głodzonych; wszelako ostatnie wydzielają mniej azotu i więcej soli; natomiast żaby płókane zatrzymują sole mineralne, a wydzielają azotu stosunkowo dużo. W pierwszym okresie po płókaniu żaby wydzielają znaczne ilości azotu i przemiana mater y jest jakby przyspieszona. W drugim okresie po płókaniu (żaby płókane żyją 2 do 5 miesięcy i produkty wydzielania można zbierać z każdego miesiąca osobno) żaby płókane wydzielają prawie tylko azot, zatrzymują sole w bardzo znacznej ilości. Wogóle w jakiś czas po wypłókaniu znać zupełny zastój w przemianie materyi i ilości azotu i soli są niesłychanie małe.

W drugiej pracy prelegent porównywał skład ciała żab normalnych ze składem ciała żab, pozbawionych krwi 1) przez otworzenie zatoki żylnej (*sinus venosus*) 2) przez wypłókanie doszczętne roztworem soli. Porównywał dalej skład żab, które po przepłókaniu solą żyły pięć miesięcy, ze składem ciała żab normalnych, trzymanych obok poprzednich w wodzie przekroplonej przez jednaki przeciąg czasu.

Okazało się z wyników, że w myśl poprzednich spostrzeżeń żaby głodzone zatrzymują stosunkowo więcej azotu, natomiast żaby pozbawione krwi przeważnie azot tracą, a sole mineralne zatrzymują. Polega to zdaniem prelegenta na rozwodnieniu ustroju, dającem się wykazać zmniejszeniem części stałych, a powiększeniem ilości wody, które to rozwodnienie wymaga dla utrzymania stałego osmotycznego ciśnienia soli mineralnych w zastępstwie wydzielonego azotu.

V. Kol. Uhma: »Słów kilka o epidemii, powodującej wydzielanie z moczem ropy i strąconych fosforanów, z uwzględnieniem leczenia jej.« Mówca, usprawiedliwiwszy się ze zbyt śmiałego użycia wyrazu »epidemia,« przytacza historyę choroby swoją i czterech innych chorych.

1. Po kilkodniowem niedomaganiu dnia 17 kwiet. r. b. uczucie przełamania w krzyżach, zaburzenia w przewodzie pokarmowym, rozwolnienie, bóle coraz gwałtowniejsze w jamie brzusznej, nie umiejscowione. Po całonocnych cierpieniach, pod wpływem morfiny i gorących okładów sprawa złagodniała, powstały dolegliwości umiejscowione w podżebrzu lewem. Na mocz mętny nie zwrócono zrazu większej uwagi, bo chory od roku cierpiał lekki nieżyt pęcherza. Badanie moczu, podjęte później, wykazało obfitość ciałek ropnych, strącone fosforany i diplokoki. Dwoinki te, nieco może mniejsze od gonokoka, w których środkowa jasna przedziałka przy barwieniu barwikami anilinowymi nie tak wyraźnie i ostro odgraniczała się od barwiących się części, jak u gonokoka, przypominały go sposobem układania się w czwórki i ósemki, nie zajmowały jednak nigdy ciałek ropnych w sposób dla dwoinki Neisserowskiej właściwy. Badania kolegów Krzyszkowskiego i Krala wykazały, że dwoinka ta da się wyhodować bez zachowywania ostrożności dla wyhodowania Neisserowskich dwoinek potrzebnych, że to jest gronkowiec, mający jednak skłonność układania się i w sztucznej hodowli w czwórki i ósemki, gonokoka cechujące.

Systematyczne zastosowanie urotropiny dało znaczną poprawę, ustąpiło ogólne a znaczne osłabienie, które czyniło chorego niezdolnym do pracy; wejrzenie i waga chorego poprawiły się, zupełnego jednak wyleczenia nie osiągnięto, a urotropiny, z powodu ubocznego jej działania, zaniechano.

2. Chory, od dłuższego czasu leczony z powodu resztek rzeżączki wstrzykiwaniami azotanu srebrowego 1‰, robionemi tak, że kankę przykładano do ujścia cewki i siłą wstrzykiwanego strzykawką płynu przezwyciężano opór zwieracza, zaczął się skarżyć na zaburzenia w przewodzie pokarmowym i na parcie na mocz. Mocz naprzód czysty zmętniał, zaczem przypuszczając, że poruszono jakiś ukryty skład gonokoków i że sprawa rzeżączkowa się zaostrzyła, podano 16 sierpnia olej santałowy, a wstrzykiwań zaniechano; 21 sierpnia wydzieliny z cewki niema. (Charakterystycznem jest to, że tak tu, jak i w poprzednim obrazie, nie było oddziaływania cewki na sprawę chorobową, cewka we wszystkich przypadkach prócz jednego była suchą). Pieczenie podczas oddawania moczu, zwłaszcza zrana, znaczne. Po oddaniu moczu wydobywa się masa gęsta, sprawiająca wrażenie kredy, rozrobionej z wodą. Mocz mętny. Badanie mikroskopowe wykazuje ciałka ropne, strącone przeważnie bezpostaciowe sole fosforanowe, czasem trumienki i diplokoki, tak samo się układające, jak poprzód opisywane. Podano urotropinę dwa razy dziennie po 0·75 grm. w wodzie zapra-

wionej kwasem solnym; 26 sierp. znaczna poprawa; 6 września mocz zupełnie czysty, wszystkie objawy ustąpiły.

3. Chory, który dawniej przebywał rzeżączkę, zasłabł gwałtownie. Wezwany lekarz rozpoznał niedrożność jelit (*ileus*), zalecił lewatywy, okłady gorące, a z powodu zatrzymania moczu wprowadzał kateter. (Jak się później dowiedziałem, moczu w pęcherzu po 24 godzinach nieoddawania go było bardzo mało). Bóle i inne objawy zwolna ustąpiły, ale pokazał się wyciek z cewki, z którym chory zgłosił się do mnie; 15 sierp. wydzielina z cewki obfita, ropna; mocz mętny, białka ilość, odpowiadająca ropie. Podano olej terpentynowy. 21 sierp. *Status idem*. Salol. 29 sierp. *Status idem*. Balsam kopaiwiany; 5 wrześ. *Status idem*, tylko wydzieliny z cewki mniej. Olej santałowy, salicylan sodowy; 14 wrześ. chory zwraca moją uwagę, że rano po oddaniu moczu widuje wydzielającą się z cewki gęstą masę, jak rozrobione wapno. Badanie mikroskopowe osadu moczowego wykonuje obfitość ciałek ropnych, trumienki fosforanu wapniowo-amonowego i dwoinki, jak w dwu poprzednich przypadkich. Podana urotropina z kwasem solnym szybko a znaczną spowodowała poprawę.

4. 16 czerwca zgłosił się do mnie chory, który dawniej przebywał rzeżączkę, z powodu dolegliwości przy oddawaniu moczu. Rozpoznano lekki nieżyt pęcherza w następstwie przebytej kiedyś rzeżączki i polecono urotropinę; 22 sierp. tenże chory podaje, że po zapisanych poprzód proszkach zrobiło mu się lepiej, uważał się za zdrowego i zaprzestał leczenia; 28 sierp. doznał gwałtownych bólów w prawej połowie brzucha; przywołany lekarz rozpoznał kamyk w nerce prawej, wstrzykiwał mu morfinę, a gdy się sprawa polepszyła, polecił dyetę mleczną i wody alkaliczne. Chory czuje się coraz gorzej, jest bardzo osłabiony. Badanie wykazuje mocz mętny, zasadowo oddziaływujący, ilość białka, odpowiadająca ilości ropy. Pod mikroskopem komórki ropne, strącone fosforany, diplokoki, jak poprzód. Polecono dyetę mięsną, urotropinę z kwasem solnym; 25 sierp. chory czuje się lepiej, mocz jasnomętny, jasno-alkaliczny; 6 wrześ. mocz czysty. Z powodu osłabienia ogólnego i zdenerwowania polecono hidroterapię. Koło 20 wrześ odszedł kamyk, w którym obok fosforanów wykazałem okrągłe twory, podobne do tych, jakie wytwarzałem strącaniem w moczu mocznika zapomocą formaliny.

5. 25 wrześ. zgłosił się do mnie brat jednego z kolegów. Z listu owego kolegi i z wywiadów od chorego dowiedziałem się, że z powodu kilkodniowego niedomagania zażył on 13 wrześ. większą ilość wody gorzkiej, poczom dostał gwałtownych kurczów. Kurcze te przeszły, ale powracały co kilka dni. Mocz chorego co drugi dzień mętniał i wykazywał znaczne ilości białka. Chory czuje się bardzo osłabiony. Rzeżączki nigdy nie przebywał, cewka sucha, mocz niejasny, ilość białka, odpowiadająca ilości ropy. Badanie mikroskopowe osadu wykazuje obfitość ciałek ropnych, strącone fosforany, dwoinki, jak w poprzednich przypadkach. Zalecono dyetę mięsną i urotropinę z kwasem solnym; 28 września chory czuje się znacznie lepiej, mocz czyściejszy; 5, 10 i 15 paźdz. mocz zupełnie czysty, chory czuje się jednak jeszcze bardzo osłabionym.

Mówca streszcza się, że na podstawie tych pięciu przypadków, ma prawo podejrzewać patogeniczną podstawę choroby w owych dwoinkach, które zdają się wywoływać dość typowy obraz chorobowy. Dla tego zaś zdaje mówca już dzisiaj publicznie sprawę ze swych spostrzeżeń, że chorzy ci bodaj częściej udawać się będą do internistów, niż do urologów i że wobec tego internistom będzie łatwiej skontrolować zapatrywanie prelegenta, ewentualnie rozwinąć i pogłębić zrobione przezeń spostrzeżenie. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabrał głos kol. Wernicki.

*Dr. Józef Krzyszkowski*, sekretarz.

## VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Ciąg dalszy).

12. Złamania kości.

Le Fort (Lille): *Złamania kości twarzowych, doświadczalnie wywołane.* Mówca przedstawia röntgenogramy złamań kości twarzowych i omawia wartość i znaczenie objawów klinicznych tego cierpienia. Nawet bardzo rozległe złamania nie zawsze dają się rozpoznać, a to z powodu braku właściwych im objawów. Przesunięcie i ruchomość odłamków są stosunkowo rzadkie. Obrażeniom kości twarzowych towarzyszy często pęknięcie podstawy czaszki, sięgające od nasady nosowej aż ku dużemu otworowi potylicznemu. Po urazach, zadanych w środek twarzy, ulegają bez względu na to, czy uraz skierowany był od przodu ku tyłowi, czy od góry ku dołowi, czy wreszcie od dołu ku górze, przesunięciu tylko kości środkowej części twarzy, podczas gdy kości policzkowe zostają na swem miejscu.

Chipault (Paryż): *Zestawienie 147-miu przypadków złamania kręgów.* Na 34 przypadki, które mu się dostały w leczenie bezpośrednio po wypadku, 20 razy odstąpił od zabiegu, bądź to z powodu istniejącego „shoku", bądź też z powodu innych ciężkich objawów, jakie istniały, pomimo, że nie było widocznego przesunięcia odłamków kostnych; w dwóch przypadkach udało mu się zapomocą „laminektomii" wykryć krwotok zewnątrz opon, lub też między rdzeniem a jego oponami. Na 10 przypadków, w których było przesunięcie odłamków, połączone z ciężkimi objawami rdzeniowymi, w 5-ciu odprowadził odłamki i to 3 razy zapomocą dobrze wysłanych przyrządów, a 2 razy zapomocą szwu kostnego; w pozostających 5-ciu wykonał „laminektomię", połączoną w 3 przypadkach z obcięciem odłamków, sterczących do kanału rdzeniowego, w dwóch zaś z resekcyą i następowem zoszyciem. We wszystkich przypadkach otwierał opony i badał bezpośrednio stan rdzenia pacierzowego. Na 57 przypadków ze świeżemi złamaniami odstąpił w 20 od miejscowego leczenia z powodu ciężkich powikłań, jak postępujące ku górze zapalenie rdzenia, zapalenie miedniczek nerkowych i nerek, zapalenie płuc; w 10 przypadkach, w których istniały mniej groźne objawy, ograniczył się do zabiegów łagodzących, polegających na głębokiem przyżeganiu, na drenowaniu pęcherza moczowego, na wykonaniu cystotomii nadłonowej. W 7-miu przypadkach odprowadził znaczne przesunięcie odłamków zapomocą sznurówek, lub zapomocą szwów kostnych. W 14-tu przypadkach było mierne przesunięcie odłamków, a pomimo tego w 6-ciu z nich istniało wiotkie porażenie, objaw zupełnego poprzecznego przerwania rdzenia, w dwóch odstąpiono od leczenia, w jednym odprowadzono odłamki zapomocą sznurówki, w 3 wykonano laminektomię wraz z usunięciem kostniny — z dobrym skutkiem. Reszta tych przypadków nie przedstawiała nic ciekawego z punktu leczniczego. Z 49 przypadków ze staremi złamaniami przytacza dwa, w których, po usunięciu kostniny, sterczącej do kanału rdzeniowego, otrzymał bardzo dobry wynik.

Bergmann (Berlin): *O postępie w leczeniu złamań od czasu wprowadzenia badania zapomocą promieni Röntgena.* W przeciągu 10 ostatnich lat postąpiła nauka o złamaniach kości w dwóch kierunkach: 1) Wyspecyalizowano dokładnie wskazania do krwawego leczenia złamań i 2) poznano dokładnie rozmaite kształty złamań, oraz zmiany w miejscu złamań.

Pierwsze osiągnięto przez zdobycie możności rozpoznawania zapomocą promieni Röntgena przeszkód w zrastaniu się kości, które to przeszkody dadzą się usunąć jedynie drogą operacyjną. Jedyna tylko przeszkoda, polegająca na wsunięciu się między odłamki mięśni, nie daje się wspomnianym sposobem z całą dokładnością rozpoznać, aczkolwiek z miejsca jasnego, występującego przy prześwietlaniu między końcami odłamków i nieustępującego przy różnych ustawieniach złamanej kończyny, można o tem z wielkiem prawdopodobieństwem wnosić. Inne przeszkody dają się dokładnie określić. Prześwietlając n. p. złamaną rzepkę, rozpoznać można dokładnie 3 przeszkody, wobec których leczenie zachowawcze nie może dać nigdy dobrych wyników i tak: 1) jeżeli odłamki są nierówne, mianowicie odłamek dolny znacznie mniejszy od górnego, to jedynie szew kostny da dobry wynik; 2) jeżeli obok złamania poprzecznego istnieją inne pęknięcia, n. p. na brzegach rzepki i jeżeli małe odszczepy kości wklinują się między poprzeczne odłamki, — to wyleczenie nastąpić może jedynie po usunięciu tych odszczepów na drodze krwawej; 3) jeżeli odcinek n. p. dolny skręci się około swej poprzecznej osi tak, że powierzchnia złamania górnego odcinka leży na przedniej powierzchni odcinka dolnego, to aby można było należycie nastawić odłamki, należy uchwycić bezpośrednio dolny odłamek, nakręcić go i przyszyć do górnego. Założenie szwu i to metalowego uważa Bergmann jako główną metodę złamań rzepki; operował w ten sposób w swej klinice 25 przypadków i we wszystkich otrzymał krótsze zrośnięcie się odłamków. Niektóre złamania, jak n. p. kości śródstopia, znane są dopiero od czasu wprowadzenia promieni röntgenowskich i podczas gdy dawniej rozpoznawano w tych przypadkach stłuczenie nogi i leczono zapomocą mięsienia, przesuwającego jeszcze więcej odłamki, obecnie, mając powne rozpoznanie, można należycie leczyć, ustalając i unieruchomiając nogę, względnie do potrzeby. Podobnie postąpiła znacznie nauka o ważnych złamaniach dol-

nego końca kości sprychowej, które przy pomocy promieni Röntgena dokładnie opracował Gallois.

Tuffier (Paryż): *O leczeniu złamań przy pomocy röntgenogramów. — Wpływ przyrządów na leczenie.* Na podstawie własnego doświadczenia, opartego na 200 przypadkach złamań, leczonych w przeciągu 18-tu miesięcy pod kontrolą promieni Röntgena, przyszedł mowca do przekonania, że przyrządy, jakich się do dziś dnia używa w leczeniu złamań, są niedostateczne, gdyż przy ich pomocy jest się jedynie w stanie nadać odpowiedni kierunek odłamkom kostnym; o ścisłem atoli ich przystósowaniu (adaptacyi) mowy niema. Ztąd kazał sobie sporządzić odpowiednie narzędzia, zapomocą których utrzymuje odłamki w dobrem położeniu, nadanem przez poprzednie ich zeszycie. Jest zdania, że szew odłamków kostnych będzie w przyszłości jedyną metodą leczenia złamań w stawie łokciowym i kolanowym, przy których dzisiejsze przyrządy wywołują znaczne odleżyny, występujące wcześniej, niż nastąpi zrośnięcie się odłamków kostnych.

Destot (Lugdun): *Zapoznane złamanie a radyografia.* Mówca podnosi znaczenie promieni Röntgena w rozpoznawaniu złamań kości śródstopia i opisuje przy pomocy röntgenogramów rozmaite ich kształty. Podobne znaczenie ma radyografia w złamaniach miednicy i pęknięciach kości bez przesunięcia odłamków, w których rozpoznanie było poprzednio wprost niemożliwe.

Lucas-Championnière (Paryż): *O złamaniach, które należy leczyć bez przyrządów i bez unieruchomiania, a tylko zapomocą metodycznych ruchów i mięsienia.* Mowca poleca swoją metodę leczenia pewnej części złamań, nazwaną przez niego „glykokinesis". Metoda ta polega na wykonywaniu metodycznych ruchów, stósowanych zaraz po wypadku, na lekkiem mięsieniu, sięgającem w okolicę złamania, ale nie przekraczającem miejsca złamania i czasowem unieruchomianiu kończyny; metoda ta jest, zdaniem prelegenta, znacznie lepszą od bezwzględnego unieruchomiania kończyny, gdyż wpływa korzystniej na odrodzenie kości i części miękich. W przypadkach, leczonych tą metodą, otrzymywał mowca znacznie szybsze i lepsze zrastanie się odłamków. Pod wpływem tej metody ustępuje natychmiast ból, okoliczność, która wskazuje równocześnie, że ruchy i mięsienie były należycie stósowane; tą drogą usuwa się szybko wynaczynionki i podnosi się odporność i żywotność skóry, przeciwdziała ona wreszcie bardzo skutecznie tworzeniu się przykurczeń i następowych zniekształtnień. Do leczenia tą metodą nadają się złamania końców kości ramieniowej, złamania w stawie łokciowym, szczególnie złamania wyrostka łokciowego, złamania kości sprychowej przy stawie ręki, prawie wszystkie złamania obojczyka, wszystkie złamania kości strzałkowej w części dolnej, złamania kostek bez zboczeń, złamania w stawie kolanowym, złamania uda bez zboczeń, wszystkie złamania łopatki. Wyjątkowo nadają się do tej metody złamania ramienia w części środkowej, podudzia i przedramienia, jeżeli niema zboczeń. W pewnych przypadkach wystarczy samo unieruchomienie bez mięsienia, mianowicie u dzieci. W końcu zestawia przypadki uleczone tą metodą.

Thièry (Paryż): *O szwie kostnym w leczeniu złamań.* Mówca jest zdania, że złamania kości dają się zupełnie wyleczyć jedynie zapomocą szwu, założonego na odłamki kostne.

Ollier (Lugdun) przedstawia na licznych röntgenogramach przebieg odradzania się końców kości i ich powierzchni stawowych po przebytej resekcyi stawu.

Mendizabel (Meksyk) demonstruje nowy przyrząd do unieruchomiania złamań obojczyka. (C. d. n.)

## IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

### Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKOŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 17 września 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Rady.

I. Rozprawa przeciw Dr. N., który stawił się do niej osobiście wraz z Drami S. i Z., jako mężami zaufania. Stawił się również mch. R.

Na wniosek referenta (Dr. Ponikło) uchwalono udzielić Dr. N. naganę za zachowanie się, wykraczające przeciw godności stanu lekarskiego, a mianowicie za to, że wobec chorego użył wyrazów obelżywych przeciw koledze i czynnie przeciwko niemu wystąpił, przyczem Rada honorowa uwzględniła jako okoliczność łagodzącą, że Dr. N. został przez mch. R. podrażniony.

II. W sprawie przeciw Dr. U. uchwalono jednogłośnie wobec odpowiedzi zwierzchności gminnej, że Dr. U. tylko tymczasowo wykonywał nadzór nad bydłem, śledztwa zaniechać.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Izby lekarskiej, odbytego w dniu 16 czerwca 1900 roku.

Przewodniczący Dr. Łazarski.

Obecni Drowie: Dietzius, Gawlik, Jabłoński, Kijas, Kohn, Łodziński, Ponikło, Trzebicky, Walczyński.

I. Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia wnosi kol. Dietzius imieniem komisyi weryfikacyjnej, żeby wybory do Izby uznać za ważne, gdyż protest wniesiony przez 18 kolegów przeciwko wyborom w mieście Krakowie nie przytacza absolutnie żadnych konkretnych faktów. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

II. Na wniosek komisyi skontrującej (kol. Dietzius i Gawlik) przyjęto zamknięcie rachunków za r. 1899.

III. W myśl wniosku Wydziału uchwalono sprawozdań rocznych Izby ze względu na znaczne koszta osobno nie drukować.

IV. Uchwały wiecu Izb w Baden uchwalono ratyfikować ze zmianami proponowanemi przez Wydział (Ref. Dr. Ponikło).

V. Uchwalono wydrukować w „Przeglądzie lekarskim" Dyrektywy przy zawieraniu umów między lekarzami a kasami chorych, przysłane przez Izbę dolno-austryacką z tem nadmienieniem, że Izba w zasadzie na takowe się zgadza.

VI. Zgodzono się na proponowaną przez wiec Izb zmianę ustawy o Izbach z poprawkami, proponowanemi przez Wydział.

VII. Na wniosek Dr. Łazarskiego uchwalono wystósować do ministerstwa kolejowego podanie o poprawę bytu lekarzy kolejowych, w myśl propozycyi sekcyi niemieckiej Izby czeskiej.

VIII. Przyjęto wniosek Izby bukowińskiej, żeby lekarze wystawiali świadectwa w razie uszkodzeń jedynie tylko na żądanie towarzystw asekuracyjnych i za wynagrodzeniem przez takowe. Uchwalono na razie nie popierać wniosku Sekcyi Sanockiej, by Izba starała się o poprawę bytu lekarzy z okazyi organizacyi oficyalistów prywatnych, jako nie dającego się w tej chwili przeprowadzić. (Ref. Dr. Walczyński).

IX. Prezes odczytuje wezwanie, wystósowane do Izby, do wzięcia udziału w pierwszym kongresie dla spraw stanu lekarskiego.

X. Prezes zawiadamia, że Namiestnictwo doniosło o poprawie bytu lekarzy salinarnych.

XI. Delegatem na wiec Izb w Pradze wybrano Dra Łazarskiego, którego w razie przeszkody miałby zastąpić którykolwiek z członków Wydziału.

XII. Na wniosek kol. Jabłońskiego uchwalono poruszyć na wiecu Izb sprawę lichego wynagrodzenia lekarzy więziennych.

XIII. Na wniosek kol. Dietziusa i Ponikły uchwalono stronom zaskarżonym przed Radą honorową nie przesyłać całego odpisu skargi, lecz tylko podać sam fakt, o który skarga została wniesioną.

## X. Wiadomości bieżące.

*Kraków 22 listopada 1900.*

W dniu 13 b. m. prezydyum Komitetu gospodarczego IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wręczyło I. M. Rektorowi Uniwersytetu Jagiellońskiego pięknie oprawny Dziennik Zjazdu, na którego karcie tytułowej złotemi zgłoskami wydrukowano brzmienie uchwały Zjazdu: „Wszechnicy Jagiellońskiej dla uczczenia 500-letniego Jej jubileuszu, owoce prac swoich składa w ofierze IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich."

I. M. Rektor Jakubowski przesłał na ręce przewodniczącego Komitetu gospodarczego pismo następujące:

»Za pamięć, okazaną nam w pięćsetną rocznicę odnowienia naszego Uniwersytetu, serdeczne składamy dzięki. Utrwaliła nas ona w tem przekonaniu, że węzły duchowe, łączące nas ze społeczeństwem, dla którego pracujemy, liczne są i silne. Myśl ta, owa niezachwiana wiara w tę spójnię, jest dla Uniwersytetu Jagiellońskiego najmilszym i najdroższym skarbem, bo ona nam daje przeświadczenie, że za nami i z nami jest społeczeństwo całe, że ono żywo podziela i radość naszą i smutek i wszelaką dolę. To też Dziennik IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który w tę piękną rocznicę Uniwersytet Jagielloński otrzymał, zamieściliśmy w zbiorze pamiątek jubileuszowych, aby i najpóźniejszym pokoleniom świadczył o tem, że święto Wszechnicy Jagiellońskiej było świętem całego narodu."

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, koll.: prof. Kader, Dr. Chlumsky i Doc. Bossowski przedstawili przez siebie operowanych chorych; omówienie tych nader zajmujących przypadków i wywołane niem rozprawy, wypełniły całe posiedzenie. Odczyty koll. Dr. Stankiewicza i Doc. Seńkowskiego, stosownie do uchwały Zgromadzenia, odbędą się w przyszłą środę.

* Zapowiedziany w Nr. 44 »Przegl. Lek.« Kurs Wakacyjny dla lekarzy, rozpocznie się w niedzielę d. 25-go b. m.

* „Wiener Medic. Presse" w Nr. 47 donosi: „Namiestnictwo dolno-austryackie rozesłało do prymaryuszów szpitali wiedeńskich okólnik, w którym wzywa ich do wypowiedzenia zdania, czy byłoby korzystnie urządzić przy szpitalach wiedeńskich oddziały wyżej płatne, w którychby chorzy za utrzymanie i leczenie płacili 10 koron dziennie a prócz tego doręczali umówione honoraryum prymaryuszom za wizyty, operacye itd." Od siebie „Wiener Medic. Presse" dodaje: „jeśli wyżej wspomniane zarządzenie w szpitalach wiedeńskich nastąpi, będzie to ciężki cios dla całego stanu lekarskiego w Wiedniu, bo nietylko specyaliści wszelkich gałęzi, nie będący prymaryuszami, stracą klientelę, ale cały ogół lekarzy praktycznych odczuje dotkliwie ubytek w swojej pracy. Wiadomość ta dostała się już do wiedzy ogółu lekarskiego, który ze zdumieniem pyta, czy to leży w interesie władzy doprowadzać stan lekarski i tak już w swym bycie zachwiany, do ostatnich granic materyalnego upadku."

Sprawa, o której piszemy, jest wprawdzie na pozór miejscową, lecz zasadniczo przekracza ona rogatki Wiednia; każdy lekarz w Austryi może się zapytać na podstawie jakiej etyki i logiki zwraca się Namiestnictwo do prymaryuszów w sprawie jedynie dla nich korzystnej, a pomija Izbę lekarską, powołaną właśnie do orzekania o wszelkich reformach, dotyczących bytu ogółu lekarskiego? w czyim to leży interesie, ażeby przebywający ciężki przełom materyalny stan lekarski nietylko drażnić moralnie, ale zubożyć go do ostatecznych granic na korzyść tych, których byt stałą posadą jest zapewniony? Ufać należy, że pp. prymaryusze wiedeńscy znajdą w sobie tyle poczucia sprawiedliwości i koleżeństwa, że uznają zamierzoną reformę za szkodliwą dla stanu lekarskiego,

* Stowarzyszenie wiedeńskich kas chorych majstrów ogłosiło, że potrzebuje do swej organizacyi 43 lekarzy, lekarza głównego i 7 specyalistów. Związek lekarzy wiedeńskich, jak to czytelnicy sobie przypominają, uchwalił, ażeby żaden lekarz należący do związku, nie przyjmował posady w tej kasie, bez porozumienia się z Izbą lekarską pomimo jednak tego zastrzeżenia, 23 lekarzy zgłosiło się do objęcia posad w kasie chorych majstrów. Przypuszczać należy, że ci 23 lekarze, którzy wnieśli swoje podanie, nie należą do związku. Jakiż będzie koniec tej sprawy? posady obejmą ci, którzy do związku nie należą, może mniej ukwalifikowani i mniej wogóle warci, a członkowie związku będą dalej biedę cierpieć i celu swej organizacyi nie osięgną. Nauka z tego jasna: albo organizacya samopomocy objąć powinna wszystkich lekarzy bez wyjątku i wtenczas może dyktować warunki, albo nie ma racyi bytu.

* Kijowskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło urządzić dnia 26 b. m. (st. st.) uroczysty obchód jubileuszowy 30-letniej pracy nauczycielskiej swego prezesa prof. Dr. Trycza.

* XXII Kongres balneologów niemieckich odbędzie się w Berlinie 7—12 marca 1901 r.

* Ostatni zeszyt »Liečničkiego Viestnika« podaje treściwe sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich pióra Dra Leopolda Glücka.

* Mianowani w Warszawie: Szymon Kossobudzki lekarzem miejscowym szpitala Dzieciątka Jezus; Tadeusz Maszewski lekarzem szpitala św. Ducha; Jan Mazurkiewicz lekarzem szpitala św. Jana Bożego.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwers. lwowskim otrzymali: Adam Czyżewicz, Wincenty Czernecki i Alfred Winogrodzki.

* Pomyłki druku: w Nr. 44, na str. 643, w szpalcie 2-giej, w 6-ym wierszu od dołu, zamiast „szczawy" ma być „kwasu węglowego"; na str. 644, szpalta 1-sza, wiersz 32 od góry, po „0,0098 grm." ma być »i Smirnowskie (43,75°C) — 0,0099 grm."

**Mianowania i odznaczenia.** Dr. Düring, znany dermatolog, otrzymał od rządu niemieckiego tytuł profesorski. Dr. Maks Ring 84-letni poeta i lekarz, otrzymał tytuł profesorski.

**Nekrologia.** Zmarli: Dr. Jan Konarzewski b. asystent przy katedrze anatomii w Uniw. Jagiell.. zmarł w Krakowie w 54 r. życia. Dr. Acconi. prof. ginekologii w Genui. Dr. Gaedken, prof. sądowej medycyny w Kopenhadze. Dr. Alfred Hughes, prof. anatomii w Londynie.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich:** W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 10: Doc. Dr. Łepkowskiego: Krwotoki po wyjęciu zęba i ich leczenie. Dzierżawskiego B.: O leczeniu chorób miazgi. W *Medycynie* Nr. 46: Dr. Grosglika A.: Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeżączce przedniej cewki (dok.) Dr. Jurowskiego D.: Przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritscha, z pomyślnym skutkiem dla matki i dziecięcia. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 21: Dr. Cohna J: Wstrzykiwania wewnątrz maciczne podług prof. Gramatikati. Dr. Zawadzkiego I.: Lekarz jako biegły przed sądem. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 46: Dr. Sokołowskiego A.: Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem. Brudzińskiego I.: Dermatitis posterosiva papulosa. Dr. Mincera A.: O przeroście gruczołu krokowego.

**Redakcya otrzymała:**

Prof. M. L. Jakubowski: Pogląd na rozwój nauki w chorobach dzieci, obok innych gałęzi nauk lekarskich i przyrodniczych. (Odbitka z „Przegl Lek." 1900).

---

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę dnia 28 b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll.: Dr. Stankiewicz W. i Doc. Dr. Seńkowski M. wygłoszą odczyty zapowiedziane w ostatnim Nrze „Przegl. Lekarskiego".

---

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**